



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRGES-014	26 DE OCTUBRE DE 2018
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
03	03 DE NOVIEMBRE DE 2020
	HOJA: DE:



PROCESO		APOYO DIAGNÓSTICO - Laboratorio								FECHA ACTUALIZACIÓN		05 de noviembre de 2020		
OBJETIVO DEL PROCESO		Brindar una atención oportuna y humanizada, garantizando el procedimiento de buena calidad, con el fin de entregar unos resultados confiables que faciliten la planeación del cuidado y tratamiento de los usuarios.												
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO
Laboratorio Clínico	Muestras coaguladas	Proceso	1. No apego al proceso y protocolo de toma de muestra en Laboratorio Clínico (calidad de las muestras)	1. Muestra no apta y con retraso en el procesamiento	La auxiliar de clínico de laboratorio cada vez que revise la muestra para trasladar al bacteriólogo paa el procesamiento debe revisar si se aplicó el protocolo de toma y/o recepción de muestras. Desviación. reproceso en toma de muestra. Evidencias: listas de chequeo - formato de incidentes FRLAB-037 - Capacitación y reintroducción al personal cuando sea necesario en toma de muestras	2	1	2	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Auxiliares de laboratorio, bacterióloga del área, coordinadora del área.	Permanente	Porcentaje de aplicación de protocolos en toma de muestra -Calidad de la muestra	Oficina Control Interno de Gestión
Laboratorio Clínico	Entrega de resultados con errores	Proceso	1. No apego a los protocolos propios del proceso. 2. Ingreso de información errada.	1. Reproceso de toma de muestras. 2. Resultado errado 3. Inadecuada interpretación de resultados y/o estudios. 4. Estudio no útil para diagnóstico	El Bacteriólogo cada vez que realiza un examen debe validar el resultado a través del sistema LABCORE. Desviación: reproceso de muestra. Evidencias: registro de Incidentes para mejora. FRLAB - 037 - Formato de incidentes y eventos estandarizado - Control interno a través de sistema - Análisis de resultados y desviaciones encontradas	2	1	2	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Bacteriólogos del área de auditoría interna y Coordinación de área	Permanente	Porcentaje de resultados entregados sin error	Oficina Control Interno de Gestión
Laboratorio Clínico	Pérdida de la muestra	Proceso	1. Errores en la identificación de las muestras.	1. Insatisfacción del paciente 2. Sobrecostos para la entidad	La auxiliar de clínico de laboratorio revisa cada vez que se toma una muestra si existe la misma y que coincida con las ordenes médicas. En caso de no coincidencia se genera reproceso de muestra. Evidencias: Lista de chequeo de toma de muestras - formato de incidentes FRLAB-037 - Capacitación y reintroducción al personal cuando sea necesario en toma de muestras.	1	2	2	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Auxiliares de laboratorio, bacterióloga del área, coordinadora del área.	Permanente	N/A	Oficina Control Interno de Gestión
Laboratorio Clínico	Inadecuada rotulación e identificación de las muestras recepcionadas de Laboratorio clínico.	Proceso	1. No apego al proceso de identificación de rotulación de muestras de laboratorio clínico	1. Muestras y estudios mal identificados. 2. Incidentes 3. Eventos adversos	los auxiliares de laboratorio cada vez que toman la muestra realizan doble rotulación para seguridad de la muestra y del paciente. En caso de no coincidencia se genera reproceso en toma de muestra. Evidencias: Aplicación del protocolo de rotulación de muestras en Laboratorio Clínico 2. Código de barras en las muestras de laboratorio. Existe el sticker impreso.	1	2	2	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Auxiliares de laboratorio, bacterióloga del área, coordinadora del área.	Permanente	Porcentaje de identificación / Rotulación de muestras sin error.	Oficina Control Interno de Gestión
Laboratorio Clínico	Hemólisis	Proceso	1. No apego al proceso y protocolo de toma de muestra en Laboratorio Clínico (calidad de las muestras)	1. Muestra no apta y con retraso en el procesamiento	La auxiliar de clínico de laboratorio cada vez que revise la muestra para trasladar al bacteriólogo paa el procesamiento debe revisar si se aplicó el protocolo de toma y/o recepción de muestras. Desviación. reproceso en toma de muestra. Evidencias: listas de chequeo - formato de incidentes FRLAB-037 - Capacitación y reintroducción al personal cuando sea necesario en toma de muestras	2	1	2	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Auxiliares de laboratorio, bacterióloga del área, coordinadora del área.	Permanente	Porcentaje de aplicación de protocolos en toma de muestra -Calidad de la muestra	Oficina Control Interno de Gestión



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRGES-014	26 DE OCTUBRE DE 2018
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
03	03 DE NOVIEMBRE DE 2020
	HOJA: DE:



PROCESO		APOYO DIAGNÓSTICO - Laboratorio						FECHA ACTUALIZACIÓN				05 de noviembre de 2020			
OBJETIVO DEL PROCESO		Brindar una atención oportuna y humanizada, garantizando el procedimiento de buena calidad, con el fin de entregar unos resultados confiables que faciliten la planeación del cuidado y tratamiento de los usuarios.													
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO	
Laboratorio Clínico	Inoportunidad en la entrega de resultados de laboratorio	Proceso	1. Retrazo en la toma de muestras de laboratorio.	1. Conductas médicas retrasadas que pueden generar un evento adverso	<p>Por cada orden expedida por Dinámica gerencial el auxiliar de censo de laboratorio debe verificar las ordenes para ingresar al sistema Labcore. La auxiliar de toma de muestra realiza toma de muestra y se entrega al auxiliar de verificación y pasa al procesamiento de bacteriología, y esta analiza, validad, verifica y entrega resultado en labcore. Evidencias: orden medica, sticker de labcore, muestra, listas de chequeo, FRLAB-037 registro de incidentes, resultado de muestra en sistema. registro de criticos. Priorización de exámenes y muestreo en tiempos de atención. Toma de muestras - fase preanalítica por los mismos funcionarios de laboratorio (no enfermería).</p> <p>Medición de indicadores desde la toma de muestra hasta la entrega del resultado.</p> <p>Capacitación y Socialización al personal asistencial sobre los exámenes críticos de laboratorio como urgentes o prioritarios.</p> <p>5. Capacitación y sensibilización al personal en el manual de toma de muestras.</p> <p>6. Backup de equipos.</p>	2	1	2	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Auxiliares de laboratorio, bacteriologa del área, coordinadora del área.	Permanente	Oportunidad en la entrega de resultados prioritarios, urgencias y hospitalización	Oficina Control Interno de Gestión	
			2. Falla de equipos.	2. Inoportunidad en decisiones médicas											
Laboratorio Clínico	Exposición a sustancias químicas.	SST Químico	1. Uso de reactivos para el procesamiento de las muestras	1. Intoxicación, lesiones de diversa magnitud y severidad. Lesiones fatales.	Rotulación de la sustancias químicas	2	4	8	RIESGO MEDIO	Mantener control	Ambiental	Permanente	NA	SST	

PROCESO		APOYO DIAGNÓSTICO - Patología						FECHA ACTUALIZACIÓN				05 de noviembre de 2020			
OBJETIVO DEL PROCESO		Analizar los especímenes quirúrgicos, biopsias, citologías y fluidos, con la finalidad de emitir un concepto diagnóstico para apoyar a otros profesionales de la salud en el tratamiento correcto y/o prevención de enfermedades.													
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO	
Patología	Mala interpretación de resultados	Proceso	1. Mala rotulación durante el proceso	1. Diagnósticos erróneos	<p>1. El patólogo encargado de realizar la lectura microscópica, solicitara segunda lectura al patólogo par a los casos terminados en "0" con una periodicidad diaria, con el fin de hacer control de calidad a la lectura el cual quedará registrado en el libro de pares.</p> <p>2. Los auxiliares de laboratorio encargados de recibir las muestras realizaran Chequeo cruzado entre muestra y orden, de manera diaria con el fin de verificar el correcto envío y rotulación de las muestras, especimen que esté mal rotulado será devuelto con el camillero para realizar las correcciones y se registrará en el formato (devolución de muestras).</p>	1	4	4	RIESGO BAJO	Solicitud en el plan de compras 2020 para adquisición de software de rotulación	Coordinadora ayudas diagnósticas Gerencia Recursos Fisicos	2020	Porcentaje de identificación / Rotulación de muestras sin error.	Oficina Control Interno de Gestión	
				2. Inoportunidad en la entrega del resultado											
				3. Insatisfacción en la entrega de resultados											
Patología	Entrega de resultados	Proceso	1. Posibles errores en trazabilidad	1. Posible ocurrencia de eventos adversos	<p>1. El patólogo encargado de realizar la lectura microscópica, solicitara segunda lectura al patólogo par a los casos terminados en "0" con una periodicidad diaria, con el fin de hacer control de</p>	1	4	4	RIESGO BAJO	Mantener controles	Auxiliar administrativa, Auxiliar de patología,	Permanente	Porcentaje de resultados	Oficina Control	
			2. Carga laboral.												



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRGES-014	26 DE OCTUBRE DE 2018
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
03	03 DE NOVIEMBRE DE 2020
	HOJA: DE:



PROCESO		APOYO DIAGNÓSTICO - Laboratorio						FECHA ACTUALIZACIÓN		05 de noviembre de 2020				
OBJETIVO DEL PROCESO		Brindar una atención oportuna y humanizada, garantizando el procedimiento de buena calidad, con el fin de entregar unos resultados confiables que faciliten la planeación del cuidado y tratamiento de los usuarios.												
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO
	erroneos		3. Demandas del servicio 4. Error humano	2. Demora en la entrega de resultados	calidad a la lectura el cual quedará registrado en el libro de pares, evitando de ésta manera generar eventos adversos al paciente.				BAJO	actuales	Patólogos, Histotecnólogos		entregados sin error	Interno de Gestión
Patología	Perdida de la muestra durante el procesamiento y lectura de muestras	Proceso	1. Errores en la identificación de las muestras. 2. Falla de equipo 3. Mala técnica durante el procesamiento de la muestra.	1. Eventos adversos 2. Insatisfacción del paciente 3. Sobrecostos para la entidad	1. El biomedico responsable de hacer los mantenimientos preventivos a equipos, mensualmente con el fin de hacer una verificación de un buen funcionamiento de los equipos, está verificación queda registrada en una lista de chequeo que entrega el responsable de hacer el mantenimiento. 2. El patólogo encargado de la lectura, verificara a diario la correcta técnica histológica con el fin de evitar una mala interpretación de los hallazgos histológicos.	1	4	4	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Auxiliar de patología, Patólogos, Histotecnólogos	Permanente	N/A	Oficina Control Interno de Gestión
Patología	Exposición a sustancias químicas peligrosas.	SST Químico	1. Uso de reactivos para el procesamiento de las muestras 2. Inhalación de formol, alcohol y xilol por la realización de procedimientos en el área	Intoxicación, lesiones de diversa magnitud y severidad. Lesiones fatales	Rotulación de la sustancias químicas Elementos de protección personal.	3	4	12	RIESGO ALTO	Mantenimiento preventivo Instalación campanas de extracción localizadas	Gerencia Recursos Físicos Planeación	Junio 2020	NA	SST

PROCESO		APOYO DIAGNÓSTICO - Imagenología						FECHA ACTUALIZACIÓN		05 de noviembre de 2020				
OBJETIVO DEL PROCESO		Garantizar la realización, procesamiento e interpretación de las imágenes obtenidas de los exámenes efectuados usando métodos específicos, garantizando la calidad y efectividad en sus resultados												
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO
Imagenología	Error en identificación del paciente	Proceso	1. No apego a protocolos	1. Repetición del proceso 2. Irradiación innecesaria de pacientes 3. Consumo innecesario de insumos 4. Costos hospitalarios	Los tecnólogos de radiología, auxiliares de enfermería y médico radiólogo realiza la verificación de los cinco correctos (paciente correcto, identificación correcta, marca correcta, verificación y marcación en digitalizador, entrega de placa paciente correcto), lista de chequeo ecografía y lista de chequeo para uso de medio de contraste y lista de chequeo para resonancia de manera diaria para los pacientes que se atienden, con el fin de evitar eventos adversos en los tratamientos derivados de estas atenciones a través de los siguientes formatos: FRRAD-041, FRRAD-038 FRRAD-018, FRRAD, FRRAD-039 y FRRAD-040.	2	2	4	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Los tecnólogos de radiología, auxiliares de enfermería y medico radiólogo.	Permanente	Porcentaje de identificación correcta de los estudios realizados.	Oficina Control Interno de Gestión



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRGES-014	26 DE OCTUBRE DE 2018
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
03	03 DE NOVIEMBRE DE 2020
	HOJA: DE:



PROCESO		APOYO DIAGNÓSTICO - Laboratorio						FECHA ACTUALIZACIÓN				05 de noviembre de 2020			
OBJETIVO DEL PROCESO		Brindar una atención oportuna y humanizada, garantizando el procedimiento de buena calidad, con el fin de entregar unos resultados confiables que faciliten la planeación del cuidado y tratamiento de los usuarios.													
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO	
Imagenología	Error en digitación de informe radiológicos	Proceso	Ingreso de información errada.	1. Evento adverso o incidente	La secretaria asistencial del área de radiología se encarga de realizar Auditoría de digitación y la Verificación de grabaciones en el sistema semanalmente con el fin de evitar eventos adversos en los tratamientos de los pacientes a través del siguiente formato (FRRAD-027) llamado auditoría grabación vs. digitación.	1	2	2	RIESGO BAJO	Sistema de verificación	Grupo interno de trabajo	Primer trimestre 2020	% de informes digitados correctamente.	Oficina Control Interno de Gestión	
Imagenología	Error en la toma de los estudios	Proceso	1. Condiciones del paciente. 2. No apego a protocolos.	Mayor radiación al paciente, Repetición del proceso, Consumo innecesario de insumos, costos hospitalarios, diagnóstico deficiente.	El medico radiólogo realiza la validación de la calidad en la imagen diariamente con el objeto de tener estudios de calidad y oportunidad en los resultados a través de las emisiones de los resultados.	1	2	2	RIESGO BAJO	Sistema de verificación	El medico radiólogo y tecnólogo.	Permanente	% de aplicación de protocolos.	Oficina Control Interno de Gestión	
Imagenología	Inoportunidad en la atención del paciente	Proceso	1. No revisión de los censos en el sistema DINAMICA gerencial 2. Condiciones propias del paciente y falta de preparación del mismo.	Inoportunidad en la atención de pacientes	Los tecnólogos de radiología, la secretaria de recepción y las auxiliares de enfermería revisan constantemente dinámica gerencial para verificar el número de solicitudes y programan la atención de acuerdo a la prioridad de atenciones que son controladas y supervisadas con los registros y cumplimientos de funciones de manera diaria con el objetivo de minimizar esperas prolongadas y oportunidad en el cuidado del tratamiento de pacientes a través de los formatos FRRAD-15, FRRAD-33, FRRAD-34, FRRAD-34, FRRAD-36, FRRAD-37 y bitácoras de funciones FRRAD-13, FRRAD-29, FRRAD-30, FRRAD-31, FRRAD-32.	3	4	12	RIESGO MEDIO	Sistema de verificación	Grupo interno de trabajo	Primer trimestre 2020	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología.	Oficina Control Interno de Gestión	
Imagenología	Entrega de resultados erróneos	Proceso	1. Mala identificación del resultados	1. Consumo de insumos generando costos hospitalarios	El técnico de radiología y secretaria de recepción de radiología realizan controles de Apego a protocolos con el objeto de generar un control médico eficaz a través del formato FRRAD-022, FRRAD-041 y un libro de registro común en el que el usuario o su familia firman recibido a conformidad los resultados de los estudios.	1	2	2	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Grupo interno de trabajo	Permanente	Oportunidad en la entrega de resultados.	Oficina Control Interno de Gestión	
			2. Falta de concentración	2. Inoportunidad en la entrega de resultados											
			3. Insatisfacción del usuario												
Imagenología	Exposición a radiaciones ionizantes	SST Físico	1. Manipulación del equipo. 2. Procedimientos con equipo acelerador lineal y vigilancia en la toma de TAC	1. Efectos cancerígenos y mutagénicos de diversa magnitud y severidad 3. EPP	Bunquer con las medidas requeridas acorde a normatividad MNSOC-001 Sistema de vigilancia epidemiológico para los trabajadores expuestos a factor de riesgo físico por radiación ionizante	2	2	4	RIESGO BAJO	Mantener control	SST	Trimestral	NA	SST	



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

CÓDIGO:

FRGES-014

VERSIÓN:

03

FECHA DE ELABORACIÓN:

26 DE OCTUBRE DE 2018

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 DE NOVIEMBRE DE 2020

HOJA: DE:



PROCESO		APOYO DIAGNÓSTICO - Laboratorio						FECHA ACTUALIZACIÓN		05 de noviembre de 2020				
OBJETIVO DEL PROCESO		Brindar una atención oportuna y humanizada, garantizando el procedimiento de buena calidad, con el fin de entregar unos resultados confiables que faciliten la planeación del cuidado y tratamiento de los usuarios.												
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO
Apoyo Diagnóstico	1.Exposición a movimientos repetitivos..	SST Biomecánico	1. Manejo de documentos, digitación y registro de información. 2. Procesamiento de muestras de laboratorio. 3.3. Procesamiento de muestras patogenicas.	1. Trastornos osteomusculares de diversa magnitud y severidad. Enfermedades profesionales.	1. MNSOC-003 Programa de vigilancia epidemiológica para los trabajadores expuestos a factor de riesgo Biomecánico 2. Equipos de computo y padmouse ergonómico.	2	3	6	RIESGO MEDIO	Fortalecer las acciones de prevención instauradas en el programa de Riesgo Biomecánico	SST	Permanente	NA	SST
Apoyo Diagnóstico	1. Exposición a baja tensión (menor a 10 kV)	SST Eléctrico	1. Uso y conexión de equipos energizados/computador, impresora celular, radio, equipos de monitoreo, equipos para toma de imágenes diagnósticas.	1.Electrización, lesiones de diferente severidad	1.Mantenimiento Preventivo PRMAN - 03. Instalaciones electricas entubadas y conexiones en buen estado. 2. FRMAN-011: CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS C2. FRMAN-008 Cronograma de Mantenimiento Preventivo Infraestructura y mobiliario	2	2	4	RIESGO BAJO	Mantener el control	Recursos Físicos	Según cronograma	NA	SST
Apoyo Diagnóstico	1.Posibilidad de caídas a diferente nivel.	SST Locativo	1. Tipo de calzado utilizado por el personal. 2. Piso húmedo	1.Heridas y/o traumatismos de diversa magnitud y severidad	1. Dotación de calzado 2. FRMAN-008 Cronograma de Mantenimiento Preventivo Infraestructura y mobiliario.	2	2	4	RIESGO BAJO	Mantener el control	Recursos Físicos	Según cronograma	NA	SST
Apoyo Diagnóstico	1. Posibilidad de atrapamientos	SST Mecánico	1. Manipulación de cajones durante actividades de archivo	Heridas y/o traumatismos de diversa magnitud y severidad	mobiliario en buen estado	2	2	4	RIESGO BAJO	Mantener el control	Recursos Físicos	Según cronograma	NA	SST
Apoyo Diagnóstico	Posibilidad de ataques físicos por parte de usuarios	SST Público	1. Atención de Usuarios al interior de la organización	1. Heridas y/o traumatismos de diversa magnitud y severidad	Protocolo y rutas de atención para cliente interno .	3	2	6	RIESGO MEDIO	Mantener control	SST	Trimestral	cobertura en la sensibilización a riesgo publico	SST



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRGES-014	26 DE OCTUBRE DE 2018
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
03	03 DE NOVIEMBRE DE 2020
	HOJA: DE:



PROCESO		APOYO DIAGNÓSTICO - Laboratorio						FECHA ACTUALIZACIÓN				05 de noviembre de 2020			
OBJETIVO DEL PROCESO		Brindar una atención oportuna y humanizada, garantizando el procedimiento de buena calidad, con el fin de entregar unos resultados confiables que faciliten la planeación del cuidado y tratamiento de los usuarios.													
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO	
Apoyo Diagnóstico	Exposición a contagio con riesgo biológico categoría 1,3 y 4	SST Biológico	2.Contacto con fluidos o secreciones biológicas durante las actividades de atención a pacientes. 3.Posibilidad de lesiones con elementos cortopunzantes contaminados con sangre y fluidos, durante la ejecución de procedimientos. 4.Disposición de contropunzantes de los guardianes instalados en el servicio. 5. Manipulación de muestras. 6. COVID-19	Enfermedades infecciosas de diversa magnitud y severidad	1. Manual de Bioseguridad. IRVGE-003, IRVGE-004, IRVGE-012, IRVGE-017, IRVGE-015 ANO, PRVGE-004 Uso de elementos de protección personal ante un caso probable o confirmado de COVID-19.	3	4	12	RIESGO ALTO	Fortalecer las medidas de control frente al riesgo Biológico y las referentes al manejo del COVID-19.	SST-Vigilancia Epidemiológica-Ambiental	Permanente	# de accidentes por riesgo biológicos	SST	
Apoyo Diagnóstico	Fenómenos naturales: Sismo, terremoto, erupción volcánica Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas)	SST Seguridad	1.Volcán. 2.Cambios de temperatura 3.Fallas geológicas. 4.Fenómeno del niño. 5. Fenómeno de la niña	Heridas y/o traumatismos de diversa magnitud y severidad.	1. PLEME-002 Plan Hospitalario de Emergencia	3	2	6	RIESGO MEDIO	Fortalecer las medidas de preparación y atención ante emergencias y desastres	Emergencias	Permanente	#de trabajadores convocados/ trabajadores asistentes	SST	