



**INFORME DE SEGUIMIENTO A  
RIESGOS INSTITUCIONALES A  
30 DE ABRIL 2023**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL  
GARZON - HUILA

INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES A 30 DE ABRIL 2023

PROCESO

GESTIÓN DE LA MEJORA CONTÍNUA

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON  
Gerente

ESPERANZA FIERRO VANEGAS  
Subdirección Administrativa

PABLO LEON PUENTES QUESADA  
Subdirección Científica

JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ  
Asesor Oficina de Control Interno

GARZON – HUILA



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO.....	4
POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO.....	4
METODOLOGÍA.....	4
RIESGOS - ADMINISTRATIVOS.....	5
Unidad Funcional de Mercadeo.....	6
Unidad Funcional de Presupuesto.....	7
Unidad Funcional de Gestión Humana.....	8
Unidad Funcional de Gestión Ambiental.....	8
RIESGOS – ASISTENCIALES.....	9
Servicio de Humanización.....	9
Servicio de Consulta Externa.....	10
Servicio de Terapias.....	11
Servicio de Laboratorio.....	11
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	12



## INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Control Interno en cumplimiento de sus funciones hace seguimiento a los riesgos institucionales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de Garzón Huila, de igual manera en cumplimiento a la Ley N.º 87 de 1993, Artículo 12, Funciones de los auditores internos “d. Verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad”.

## OBJETIVO

Verificar el nivel de adherencia y cumplimiento de la política de gestión de riesgo institucional para la vigencia 2023 a abril de 2023.

## POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de Garzón Huila cuenta con la Política de Gestión del Riesgo la cual está contenida en el Manual de Políticas Institucionales identificada con el ítem N° 24, de igual manera la E.S.E. a través de la Resolución N°0095 de 2021 “Por la cual se adopta la guía metodológica para la gestión del riesgo de la E.S.E. Hospital Departamental san Vicente de Paúl de Garzón y se dictan otras disposiciones”, y el Acuerdo 022 de 2021 “Por medio del cual se actualizan las políticas de gestión en salud de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental y se dictan otras disposiciones”, lo anterior le permite a la entidad contar con la normatividad que le permite adherir la política, implementar la guía, y realizar seguimiento a través de la matriz de riesgos diseñada por la Oficina de Planeación:

- Guía Metodológica para la Gestión del Riesgo basado en la versión 5,
- Acuerdo 022 - 29 Nov 2021,
- Resolución 0095-2021 Gestión del Riesgo,
- Manual Políticas Institucionales en Salud 2021,
- Matriz Gestión del Riesgo,
- Mapas de riesgos de unidades o áreas administrativas,
- Mapas de riesgos de unidades o áreas asistenciales.

Para efectos de consulta de la normatividad y demás documentación de gestión del riesgo en la institución se puede acceder al siguiente enlace y descargar la información:

<https://www.hospitalsvpgarzon.gov.co/gestionhsvp/mipg/sistemadesarrolloadministrativo.html>

## METODOLOGÍA

Para la realización de los seguimientos al Mapa de Riesgos administrativos y asistenciales se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Priorizar los riesgos clasificados en “muy bajos, bajos, moderados, altos, y extremos”.
- Priorizar el seguimiento teniendo en cuenta la probabilidad de materialización de cada riesgo.

- Priorizar los riesgos cuyas actividades o planes de acción dependan directamente del servicio o Unidad Funcional.

**Ilustración 1 Riesgos priorizados durante el seguimiento**

1° SEGUIMIENTO-ABRIL								
N°	UNIDAD FUNCIONAL/SERVICIO	LIDER/COORDINADOR	AREA	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS	TOTAL RIESGOS
1	CONSULTA EXTERNA	FAIBER ALEJANDRO LOSADA	ASISTENCIAL	0	3	0	0	3
2	TERAPIAS	DIANA JIMENEZ CASTRO	ASISTENCIAL	0	0	3	0	3
3	LABORATORIO	ANA INES PRENT LOSADA	ASISTENCIAL	0	0	3	0	3
4	HUMANIZACION	JOSE CEDIEL SANDOVAL	ASISTENCIAL	0	0	2	0	2
5	MERCADEO	MARIA ISABEL MEDINA OSORIO	ADMINISTRATIVA	3	0	0	0	3
6	GESTION HUMANA-TALENTO HUMANO	ERNETH POLANIA TAMAYO	ADMINISTRATIVA	0	3	0	0	3
7	GESTION AMBIENTAL	BRAYAN VARGAS MURCIA	ADMINISTRATIVA	1	2	0	0	3
8	PRESUPUESTO	ASCENEDT HERNANDEZ REYES	ADMINISTRATIVA	0	0	3	0	3
<b>TOTAL RIESGOS</b>				<b>4</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	

Fuente: Control Interno (2023)

- Riesgos nivel bajo: 4
- Riesgos nivel moderado: 8
- Riesgos nivel alto: 11
- Total, riesgos: 23

Para el cargue de evidencias de las actividades programadas en el plan de acción de cada mapa de riesgos, se estableció una ruta en la unidad compartida T:// de acuerdo al riesgo establecido.

### RIESGOS - ADMINISTRATIVOS

El proceso de identificación, medición, y evaluación a riesgos institucionales de la E.S.E. es liderado desde la Oficina de Planeación en conjunto con los líderes de área o servicio para el presente informe se seleccionaron 4 unidades administrativas:

- Mercadeo
- Presupuesto,
- Talento Humano,
- Gestión Ambiental.





## Unidad Funcional de Mercadeo

Riesgos: 1 Bajo, 2 Bajo, 3 Bajo

Seguimiento:

1° Seguimiento a riesgos - Abril - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación económica por la falta de lineamientos que permitan la elaboración del plan estratégico de mercadeo de manera adecuada	BAJO	Elaboración de lista de chequeo codificada que contenga la totalidad de componentes del plan estratégico de mercadeo.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 5 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
			Elaboración del plan estratégico de mercadeo	SI CUMPLE	
			Realizar convocatoria por medio físico o correo electrónico al Grupo de estudio y análisis, seguimiento de contratos de servicios de salud para la socialización y aprobación del plan estratégico de mercadeo.	SI CUMPLE	
2	Posibilidad de afectación económica por la deficiencia de comunicación entre los responsables y líderes de procesos debido a la no concertación de servicios habilitados o novedades que se presenten en los servicios en el Grupo de estudio y análisis, seguimiento de contratos de servicios de salud	BAJO	Realizar depuración de los elementos incluidos en la Resolución No. 2077 de 2021 de acuerdo a los servicios ofertados por la E.S.E, generando un documento de servicios ofertados actualizados.	SI CUMPLE	
3	Posibilidad de afectación económica por la inexistencia de canales de comunicación sin aviso previo debido a cambios internos de los canales de comunicación.	BAJO	Realizar la socialización de los canales de comunicación vigentes a través de correo electrónico, página web y redes sociales.	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Lista de chequeo para las EAPB,
- Plan de mercadeo E.S.E. HSVP Garzón,
- Solicitud de codificación lista de chequeo,
- Depuración resolución portafolio servicios,
- Depuración servicios ofertados,
- Revisión procedimientos de servicios 2022 - por especialidades,
- Acta\_3,
- Asistencia reunión,
- Canales de comunicación en página web,
- Divulgación canales de comunicación de la ESE,
- Evidencia fotográfica.



## Unidad Funcional de Presupuesto

Riesgos: 2 Alto, 3 Alto, 4 Alto

Seguimiento:

1° Seguimiento a riesgos - Abril - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Posibilidad de afectación económica por las fallas operativas debido a que no se genere el proceso de interface entre los diferentes módulos con el de presupuesto.	ALTO	Realizar de manera oportuna solicitud por correo electrónico o de manera física al área de sistemas el informe sobre fallas que presente el módulo de presupuesto relacionadas con las actualizaciones requeridas por el módulo necesarias para el correcto funcionamiento. En caso de que no se presenten fallas certificar.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
3	Posibilidad de afectación económica debido a que los rubros no corresponden con el objeto del gasto generado en la expedición de certificados de disponibilidad presupuestal de forma equivocada.	ALTO	Contar con un procedimiento actualizado de expedición de certificados de disponibilidad presupuestal (CDP), con el fin de realizar la afectación de forma correcta en el sistema para una correcta expedición de los documentos.	SI CUMPLE	
4	Posibilidad de afectación económica por fallas operativas debido a que no se genere un proceso de interface entre los diferentes módulos con el de presupuesto.	ALTO	Verificar de manera diaria que la información presupuestal se esté generando con interfaces en otros módulos financieros. En caso de que se presente alguna inconsistencia informar de manera escrita o por correo electrónico a la Unidad Funcional de Sistemas.	SI CUMPLE	

### Evidencias:

- Oficio requerimiento a Sistemas,
- Solicitud a Sistemas de un reporte para información de ingresos,
- Manual de procedimientos Presupuesto,
- Solicitud a Sistemas interface de nómina.



## Unidad Funcional de Gestión Humana

Riesgos: 2 Moderado, 11 Moderado, 12 Moderado

Seguimiento:

1° Seguimiento a riesgos - Abril - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Probabilidad de afectación de la imagen institucional por la no realización de evaluación de desempeño laboral debido a la no realización de la evaluación de manera periódica.	MODERADO	Realizar solicitud de forma física y electrónica (correo), recordando la realización de la evaluación semestral de manera oportuna.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
11	Probabilidad de afectación económica por la inadecuada liquidación de las novedades de nómina debido a fallas tecnológicas	MODERADO	Realizar reporte por medio de correo electrónico de fallas en el módulo de nómina a la coordinación de sistemas de información. Si no se presentan problemas con el aplicativo de nómina certificar.	SI CUMPLE	
12	Probabilidad de afectación económica por la inadecuada liquidación de las novedades de nómina debido a fallas tecnológicas	MODERADO	El auxiliar administrativo deberá verificar los registros de las novedades de nómina.	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Evaluación de desempeño,
- Soportes 11 de nómina 1er trimestre 2023,
- Correos electrónicos.

## Unidad Funcional de Gestión Ambiental

Riesgos: 3 Moderado, 6 Moderado, 8 Moderado

Seguimiento:

1° Seguimiento a riesgos - Abril - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
3	Probabilidad de afectación reputacional por el mal estado de los tanques de agua para consumo que suministran a los diferentes servicios	BAJA	Ejecutar el cronograma establecido de lavado de tanques de forma anual.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
6	Probabilidad de afectación reputacional por la inadecuada disposición de residuos debido al desconocimiento del personal y usuarios.	MODERADO	Capacitar al personal en disposición de residuos y aportar evidencia.	SI CUMPLE	
8	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento en la recolección de residuos en horarios establecidos debido a fallas en los procedimientos del prestador del servicio.	MODERADO	Realizar seguimiento mediante verificación de cronograma a la debida recolección de residuos conforme a los días y horarios establecidos y presentar evidencia.	SI CUMPLE	





**Evidencias:**

- Certificados último ciclo de lavados,
- Cronograma lavado de tanques 2023,
- Oficio control interno riesgo 3,
- Acta 001,
- Acta 002,
- Acta 003,
- Acta 004,
- Formato recolección residuos peligrosos INCIHUILA 2023,
- Formatos recolección residuos peligrosos otras sedes 2023,
- Oficio Control Interno riesgo 8.

**RIESGOS – ASISTENCIALES**

El proceso de identificación, medición, y evaluación a riesgos institucionales de la E.S.E. en el área asistencial es liderado por la Oficina de Gestión de Calidad en conjunto con los líderes de servicios para el presente informes se seleccionaron los siguientes servicios:

- Humanización,
- Consulta Externa,
- Terapias,
- Laboratorio

**Servicio de Humanización**

**Riesgos:** 1 Alto, 2 Alto.

**Seguimiento:**

**1° Seguimiento a riesgos - Abril - 2023**

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación en la imagen institucional, por no dar cumplimiento a la atención digna humanizada al paciente por falta de adherencia a la política institucional de humanización.	ALTO	consolidar de manera mensual los beneficiarios de las atenciones realizadas en cada uno de los ejes de la política de humanización	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 2 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
2	Posibilidad de complicación en la patología del usuario debido a la falta de vigilancia permanente del cuidador y/o familiar debido a la falta de gestión con el personal asistencial para que se autorice durante la estancia del usuario.	ALTO	realizar solicitud al líder de la UF para autorice el acompañamiento de un familiar al usuario en caso que se requiera y se registra en historia clínica	SI CUMPLE	

**Evidencias:**

- Acta de apoyos transversales marzo,
- Acta divulgación política de humanización febrero,
- Acta transversal política humanización abril,
- Acciones humanizadas enero,
- Acciones humanizadas febrero,
- Acciones humanizadas marzo,
- Acciones humanizadas abril.



## Servicio de Consulta Externa

Riesgos: 1 Moderado, 3 Moderado, 6 Moderado.

Seguimiento:

1° Seguimiento a riesgos - Abril - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación a la imagen institucional debido a insatisfacción del paciente por error en la toma de examen debido a fallas en el mismo, por falta de mantenimientos preventivos los equipos	MODERADO	verificar la realización de los mantenimientos preventivos a los equipos de la unidad funcional.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
3	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por complicación de la enfermedad del usuario debido a la exposición del área afectada por realizar retiro de puntos antes de lo ordenado por médico tratante	MODERADO	registrar en nota de enfermería verificar que el paciente haya cumplido con el tiempo ordenado por es especialista para el procedimiento.	SI CUMPLE	
6	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción del usuario debido a errores en el procedimiento por falta de reinducción del personal asistencial	MODERADO	realizar actividades de inducción y reinducción a procedimientos y se registra evidencia	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Reportes del primer mantenimiento preventivo año 2023,
- Notas de retiros de puntos,
- Lista de asistencia,
- Formato acta capacitaciones enero 2023,
- Pretest-Postest,
- Asistencia procedimientos,
- Acta de capacitación febrero 2023,
- Acta de capacitación toma de ekg marzo 2023,
- Informe ejecutivo de gestión abril 2023,
- Plantilla diapositiva abril 2023,
- Acta de capacitaciones de monitoria y remisión de pacientes.

## Servicio de Terapias

Riesgos: 2 Alto, 12 Alto, 20 Alto.

Seguimiento:

### 1° Seguimiento a riesgos - Abril - 2023

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Posibilidad de afectación en demora en el proceso de rehabilitación imagen de la institución por fallas en los equipos	ALTO	verificar la realización de los mantenimientos preventivos, programados por el área biomédica	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
12	Posibilidad de afectación en imagen institucional por insatisfacción del usuario debido a las recurrentes inasistencias a las sesiones programadas limitando el alcance de objetivos terapéuticos	ALTO	realizar sensibilización a los padres y/o cuidadores frente a la necesidad de dar continuidad al tratamiento lo cual se refleja en la calidad de vida y funcionamiento.	SI CUMPLE	
20	Posibilidad de afectación en la imagen institucional, por asignación de cita equivocada	ALTO	realizar verificación con auditoria interna para revisión de errores en la asignación de citas	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Certificación equipos biomédicos centro de terapia,
- Cronograma equipo biomédico 2023,
- Deserción 2023,
- Agenda en espera terapia física ortopedia 1 trimestre de 2023.

## Servicio de Laboratorio

- 
- Riesgos: 5 Alto, 17 Alto, 20 Alto.
- Seguimiento:

### 1° Seguimiento a riesgos - Abril - 2023

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Posibilidad de afectación a la U.F. por errores en los resultados provocados por la falta de revisión de la calidad de la muestra que altera la funcionalidad del equipo.	ALTO	ejecutar el plan de capacitaciones de la UF	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
12	Posibilidad de falla en la imagen institucional por la realización de procedimientos sin la educación a los usuarios por no diligenciamiento del consentimiento informado.	ALTO	diligenciar el formato diario de registro y entrega de consentimientos informados	SI CUMPLE	
20	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por la falta de preparación del control de calidad interno para vigilar el buen funcionamiento de reactivos y dispositivos médicos generando errores en los resultados.	ALTO	realizar mensualmente análisis de control interno de cada sección	SI CUMPLE	



### Evidencias:

- Acta socialización de errores de resultados,
- Acta consentimiento informado VIH,
- Informe mensual calidad marzo-2023,
- CCI CH marzo,
- CCI ELECTR marzo,
- CCI GRAM marzo,
- CCI MICROB marzo,
- CCI ORINAS marzo,
- CCI PBAS ESP marzo,
- FERR CCI 2023,
- HIV-1 febrero,
- HIV- marzo,
- PT CCI 2023,
- QCA CCI 2023,
- SODIO CCI 2023,
- T3 CCI 2023,
- TXG CCI 2023.

### OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- Se resalta el compromiso, orden, y cumplimiento en el área asistencial a los líderes de Humanización, Terapias, Consulta externa, y Laboratorio.
- Se resalta el compromiso, orden, y cumplimiento en el área administrativa a los líderes de Mercadeo, Presupuesto, Gestión ambiental, y Gestión Humana.
- Se evidenció dificultades de interpretación a la matriz de riesgos con los planes de acción por parte de algunos líderes tanto del área asistencial como del área administrativa.
- Se recomienda programar en los diferentes planes de acción de las unidades funcionales y servicios, la sistematización de evidencias según los respectivos mapas o matrices de riesgos.
- Para efectos de consulta o verificación de la información, los documentos que soportan las evidencias de cumplimiento de las actividades se encuentran archivados en la Oficina de Control Interno.

  
**JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ**  
Asesor de Control Interno