



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



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL  
GARZÓN - HUILA  
NIT: 891.180.026-5**

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

**INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES A 30 DE SEPTIEMBRE 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**

**GARZÓN – HUILA**



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO.....	4
POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO.....	4
METODOLOGÍA.....	5
RIESGOS - ADMINISTRATIVOS.....	5
Unidad Funcional de Contratación.....	6
Unidad Funcional de Cartera.....	7
Unidad Funcional de Contabilidad y Costos.....	8
Unidad Funcional de Gestión Documental - Archivo.....	8
RIESGOS – ASISTENCIALES.....	9
Servicio de Esterilización.....	9
Servicio de PYP - IAMII.....	10
Servicio de Salud Pública - Epidemiología.....	10
Servicio de Centro Integral de Terapias.....	11
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	11

## 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 septiembre 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 o matriz de riesgos administrativos y asistenciales se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Priorizar los riesgos clasificados en “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*

3 SEGUIMIENTO-SEPTIEMBRE									
Nº	UNIDAD FUNCIONAL/SERVICIO	LIDER/COORDINADOR	AREA	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS	TOTAL RIESGOS	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO
1	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	LAURA CAMILA AVILA	ASISTENCIAL	0	0	0	3	3	Riesgos evaluados: 2,5,13
2	PYP IAMII	CONSUELO TORRES	ASISTENCIAL	0	0	2	0	2	Riesgos evaluados: 2, 3
3	TERAPIAS	DIANA YISEL JIMENEZ CASTRO	ASISTENCIAL	0	2	1	0	3	Riesgos evaluados: 2, 12, 20
4	ESTERILIZACIÓN	DIANA CRISTINA RUBIANO	ASISTENCIAL	0	1	9	0	10	Riesgos evaluados: 1,3,5
5	CARTERA	GORETTY TRIANA DURAN	ADMINISTRATIVA	0	0	2	1	3	Riesgos evaluados: 2,3,5
6	CONTRATACIÓN	LEYDI GISELLE RAMOS ROJAS	ADMINISTRATIVA	0	0	2	1	3	Riesgos evaluados: 1,2,3
7	CONTABILIDAD	MARTHA LILIANA DIAZ DURAN	ADMINISTRATIVA	0	0	5	0	5	Riesgos evaluados: 7, 8
8	GESTIÓN DOCUMENTAL	JOSE MAIFREY CALLAJAS	ADMINISTRATIVA	0	3	0	0	3	Riesgos evaluados: 3,4,7
TOTAL RIESGOS				0	6	21	5	32	

Fuente: Control Interno (2023)

- Riesgos nivel moderado: 6
- Riesgos nivel alto: 21
- Riesgos nivel extremo: 5
- **Total, riesgos: 32**

Para el cargue de evidencias de las actividades programadas en el plan de acción de cada mapa o matriz de riesgos se estableció una ruta en la unidad compartida de la red institucional:  
T:// DEPENDENCIAS/TODOS/CONTROL INTERNO/RIESGOS/

## 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 de seguimiento se seleccionaron 4 unidades administrativas:

- Contratación,
- Cartera,
- Contabilidad,
- Gestión documental-archivo.

## Unidad Funcional de Contratación

Riesgos: 1 extremo, 2 alto.

Seguimiento:

CONTRATACIÓN					
3° Seguimiento a riesgos - Septiembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación económica por la ejecución de contratos sin la correspondiente supervisión o control generado por el desconocimiento del proceso.	ALTO	Comunicar de manera oportuna la designación de supervisión y/o interventoría al funcionario encargado, de forma física o mediante correo electrónico.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
2	Posibilidad de afectación económica por la falta de verificación de los requisitos habilitantes de los oferentes en los términos de condiciones.	EXTREMO	Realizar convocatoria al comité evaluador para verificar las condiciones de los potenciales oferentes. Informe de evaluación por parte del comité realizado para procesos de selección simplificada y convocatoria pública.	SI CUMPLE	
3	Posibilidad de afectación reputacional por no publicar los términos de condiciones según lo disponga el Estatuto y Manual de Contratación, para los procesos que aplique.	ALTO	Enviar a la unidad funcional de sistemas de información por correo electrónico los términos de condiciones	SI CUMPLE	

Evidencias:

- CERTIFICACION - SUPERVISIONES,
- CERTIFICACION CONVOCATORIA COMITÉ,
- CONSOLIDADO INFORME DE EVALUACION PROCESO DE SELECCION SIMPLIFICADA 015 DE 2023,
- CONSOLIDADO DE INFORME DE EVALUACIONES PROCESO DE SELECCION 012 DE 2023,
- CONSOLIDADO INFORME DE EVALUACION PROCESO DE SELECCION 001, 003, 005, 007, 010, 011, 013, 016 DE 2023,
- CONSOLIDADO INFORME DE EVALUACION PROCESO DE SELECCION SIMPLIFICADA 002, 004, 009, 014 DE 2023,
- CONSOLIDADO INFORME DE EVALUACIONES PROCESO DE SELECCION 008 DE 2023,
- CONSOLIDADO INFORME DE EVALUACION PROCESO DE SELECCION 006 DE 2023.

### Unidad Funcional de Cartera

**Riesgos:** 3 alto, 1 extremo.

**Seguimiento:**

CARTERA					
3° Seguimiento a riesgos - Septiembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación económica en la generación de la información de cartera por falta de personal en el área.	ALTO	Solicitar mediante correo electrónico al área de Talento humano la contratación de personal para el normal funcionamiento del área en el momento que se requiera. En caso de que no se requiera personal realizar certificación.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 4 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
2	Posibilidad de afectación económica por sanciones de las entidades de control por la presentación inoportuna de informes debido al desconocimiento del cronograma.	ALTO	* Elaborar matriz de control para la presentación obligatoria de informes de cartera. * Presentar en comité administrativo y financiero informe ejecutivo relacionado con el cumplimiento de informes de cartera.	SI CUMPLE	
3	Posibilidad de afectación económica por el no recaudo de servicios efectivamente prestados debido al desconocimiento de la normatividad relacionada con el seguimiento de los procesos de recaudo de cartera	ALTO	*Realizar seguimiento al comportamiento de la cartera. * Realizar de manera trimestral el comité de cartera, y realizar análisis del estado de las cuentas por cobrar a las diferentes aseguradoras y/o EAPB. Presentar evidencia acta de comité.	SI CUMPLE	
5	Posibilidad de afectación económica por la no reclamación de manera oportuna de la cartera a entidades liquidadas debido al desconocimiento de los procesos de liquidación para acceder a los recursos de manera oportuna.	EXTREMO	Presentar Informe semestral al comité administrativo y financiero del estado actual de la gestión de cobro de cartera a entidades liquidadas.	SI CUMPLE	

**Evidencias:**

- CERTIFICACION A OCTUBRE 2023,
- CRONOGRAMA ENVIO INFORMES ENTES DE CONTROL,
- EVIDENCIA ENVIO INFORME SEPTIEMBRE,
- INFORME SEPTIEMBRE CXC U.F. CARTERA 2023,
- ACTA 001-27-03-2023,
- ACTA 001-U.F.CARTERA 27-03-2023,
- COMITE CARTERA 27-03-2023,
- PLANILLA DE ASISTENCIA 27-03-2023,
- ACTA 002-U.F.CARTERA 13-06-2023,
- COMITE CARTERA 13-06-2023,
- COMITÉ DE CARTERA 13-06-2023,
- PARA COMITE 13-06-2023,
- CXC U.F - SEPTIEMBRE 2023,
- INFORME SEPTIEMBRE CXC U.F. CARTERA 2023.

## Unidad Funcional de Contabilidad y Costos

Riesgos: 2 alto

Seguimiento:

CONTABILIDAD Y COSTOS					
3° Seguimiento a riesgos - Septiembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
7	Posibilidad de afectación económica por sanciones de las entidades de control por la presentación inoportuna de informes de Ley.	ALTO	Realizar cronograma de presentación de informes de acuerdo a circulares u otros medios que se reciban en la Institución	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de 1 actividad del plan de acción, la actividad 8 no presenta los respectivos soportes
8	Posibilidad de afectación económica por sanciones de la administración de impuestos por presentación de información inoportuna.	ALTO	Realizar correos electrónicos de reporte de información generada en costos a los diferentes servicios.	NO CUMPLE	

Evidencias:

- RIESGO (7) INFORMES AREA DE CONTABILIDAD 2023,
- RIESGO (8) NO SE ADJUNTÓ SOPORTE DE CORREOS ELECTRÓNICOS.

## Unidad Funcional de Gestión Documental - Archivo

Riesgos: 3 moderado.

Seguimiento:

GESTIÓN DOCUMENTAL - ARCHIVO					
3° Seguimiento a riesgos - Septiembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
3	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento a las políticas institucional debido a fallas en los procedimientos ya existentes	MODERADO	Capacitar al personal de la unidad funcional de gestión documental y aportar soporte (Lista de asistencia y evidencia fotográfica)	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
6	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por demoras en el procedimiento transferencias documentales debido a la falta de espacio para el almacenamiento de la documentación en el archivo central.	MODERADO	* Solicitar mediante oficio la adecuación de espacio para el proceso de transferencia documentales.* Aplicar los formatos de transferencias documentales y aportar soporte( Actas de Transferencia Documental y formatos de Inventario Documental FUID)	SI CUMPLE	
7	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por daños de documentos debido al desconocimiento del procedimiento de conservación.	MODERADO	Capacitar al personal de la unidad funcional de archivo en limpieza y desinfección y aportar soporte (Informe limpieza y desinfección)	SI CUMPLE	

Evidencias:

- C1FO5161 - 001 FORMATO SOLICITUD HISTORIA CLINICA,
- INFORME HISTORIA CLINICA,
- MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS,
- SOLICITUD HISTORIA CLINICA VHDSVP GARZON,
- 1 Transf UF CONTRATACION 11082023, FACTURACION 10082023, FARMACIA 14082023, SEGURIDAD DEL PACIENTE 310823,
- INFORME DE TRANSFERENCIA TRIMESTRAL,
- INFORME JORNADA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION 2022.

## 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:

- ESTERILIZACIÓN,
- PYP PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN - IAMII – INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA,
- SALUD PUBLICA -EPIDEMIOLOGIA,
- CENTRO INTEGRAL DE TERAPIAS.

### Servicio de Esterilización

**Riesgos:** 3 Alto.

**Seguimiento:**

ESTERILIZACIÓN					
3° Seguimiento a riesgos - Septiembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por afectación en la salud de los usuarios debido a una contaminación cruzada ocasionada por una practica inadecuada de lavado	ALTO	realizar listas de chequeo mensual de la adherencia al lavado del instrumental y generar informe.	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 fallas en el manejo del material estéril y el sistema de verificación, debido al desconocimiento del procedimiento por parte del personal.	ALTO	aplicar listas de chequeo de seguimiento del proceso de recepción de instrumental y material limpio en la CE, y realizar informe mensual	SI CUMPLE	
5	Afectación en la imagen institucional por fallas en el proceso de esterilización en las autoclaves que ocasionan cancelación del ciclo de esterilización afectando la disponibilidad del material en el área	ALTO	diligenciar libro de registro por carga de material esterilizado diariamente en el equipo de autoclaves a vapor	SI CUMPLE	

**Evidencias:**

- LISTAS DE CHEQUEO ESTERILIZACIÓN ADHERENCIA AL MANUAL DE LAVADO DE INSTRUMENTAL,
- LISTAS DE CHEQUEO ESTERILIZACIÓN RECEPCIÓN DE INSTRUMENTAL Y MATERIAL LIMPIO,
- FOTOGRAFÍAS LIBRO DE REGISTRO POR CARGA DE MATERIAL DE AUTOCLAVES A VAPOR.



### Servicio de PYP - IAMII

Riesgos: 2 alto.

Seguimiento:

PYP IAMII					
3° Seguimiento a riesgos - Septiembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	posibilidad de afectación en la imagen institucional por queja de los usuarios por ingresos de los menores que presentan ESAVI.	ALTO	capacitaciones semestrales del personal en PAI	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 2 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
3	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por posibles eventos adversos en la ejecución del proceso por falta de conocimiento del protocolo de seguimiento a la atención de binomio (madre e hijo)	ALTO	dar cumplimiento al cronograma de capacitación en las actividades de inducción y reinducción	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Lista de asistencia capacitación vacunación,
- Evidencia fotográfica de capacitaciones vacunación,
- Presentación Aplicación de Hepatitis B.
- Evidencia fotográfica Binomio madre hijo
- Lista de asistencia Binomio Madre Hijo

### Servicio de Salud Pública - Epidemiología

Riesgos: 3 moderado

Seguimiento:

SALUD PUBLICA - EPIDEMIOLOGIA					
3° Seguimiento a riesgos - Septiembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Posibilidad de afectación a la imagen institucional por el silencio en el reporte de eventos de interés en salud pública a la SSD y MPS, debido a la inoportunidad en la identificación de eventos por ausencia de controles como BAI	MODERADO	realizar búsquedas activas institucionales y reportar a la SSD, y SSM de manera trimestral	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
5	Posibilidad de afectación económica a la institución por no realizar una adecuada intervención a las patologías más frecuentes, debido a que no se genere un análisis de la situación epidemiológica periódica que permita la identificación de las principales patologías.	MODERADO	formular el perfil epidemiológico de las enfermedades más frecuentes de la institución de manera anual	SI CUMPLE	
13	Posible afectación en la salud de los usuarios por ingresos de los mismos al no cumplir al no tener los cuidados requeridos para el manejo ambulatorio por la falta de educación al paciente y/o familia	MODERADO	realizar educación a los pacientes frente a las patologías de interés en salud pública más relevantes	SI CUMPLE	

Evidencias:

- 086-2023\_OCTUBRE\_05\_INF\_PLAN\_ACCION\_BAI\_3°TRIM\_2023,
- BAI\_AGOSTO, JULIO, SEPTIEMBRE\_2023,
- B1DG3941 - 001 PERFIL EPIDEMIOLOGICO INSTITUCIONAL 2022,
- Educación Pacientes JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE.

## Servicio de Centro Integral de Terapias

Riesgos: 3 alto

Seguimiento:

CENTRO INTEGRAL DE TERAPIAS					
3° Seguimiento a riesgos - Septiembre - 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	
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	NO REGISTRA PLAN DE ACCIÓN	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
20	Posibilidad de afectación en la imagen institucional, por asignación de cita equivocada	ALTO	realizar verificación con auditoría íntera para revisión de errores en la asignación de citas	SI CUMPLE	

### Evidencias:

- CERTIFICACION EQUIPOS BIOMEDICOS CENTRO DE TERAPIA,
- CRONOGRAMA EQUIPO BIOMÉDICO 2023,
- DESERCIÓN 2023,
- AGENDA EN ESPERA TERAPIA FISICA ORTOPEDIA 1 TRIMESTRE DE 2023

### OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los líderes de Unidades y Servicios coordinar el ajuste de las matrices de riesgos con la oficina de Planeación y Calidad respecto a las actividades que presentan inconsistencias en relación de los manuales de procesos y procedimientos.
- Con base en el análisis se recomienda a las Unidades Funcionales y Servicios elaborar un acta cuando se realicen capacitaciones y demás jornadas que involucren al personal ya que en algunos casos solo se limitan a tener evidencia fotográfica y listas de asistencia.
- Se observó que el mapa o matriz de riesgos del servicio del Centro Integral de Terapias en la actividad N° 12 no tiene registrada la actividad a desarrollar según el Plan de Acción.
- Se observó que la Unidad Funcional de Contabilidad y Costos solo logró el cumplimiento del 50% de las 2 actividades seleccionadas para el seguimiento a riesgos, el incumplimiento se presentó en la actividad N° 8.



JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ  
Asesor de Control Interno