



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



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

INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES A 30 DE JUNIO 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 Facturación.....	6
Unidad Funcional de Tesorería.....	7
Unidad Funcional de Direccionamiento estratégico - Planeación.....	8
Defensa Jurídica.....	8
RIESGOS – ASISTENCIALES.....	9
Servicio de Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU.....	9
Servicio de Trabajo Social.....	10
Servicio de Nutrición.....	10
Servicio de Enfermería.....	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 junio 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*

2 SEGUIMIENTO-JUNIO									
Nº	UNIDAD FUNCIONAL/SERVICIO	LIDER/COORDINADOR	AREA	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS	TOTAL RIESGOS	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO
1	ENFERMERIA	MARITZA DEL SOCORRO SARRIAS	ASISTENCIAL	0	2	5	0	7	Riesgos evaluados: 1,5,11,14,17,20,27
2	TESORERIA	DALY DIAZ TOVAR	ASISTENCIAL	0	0	5	1	6	Riesgos evaluados: 2,4,5,6,10,14
3	SIAU	YURI CONSTANZA GASCA	ASISTENCIAL	0	0	2	0	2	Riesgos evaluados: 3,4
4	TRABAJO SOCIAL	JULIETH BAQUERO PLAZA	ASISTENCIAL	0	0	3	0	3	Riesgos evaluados: 1,3,5
5	DEFENSA JURIDICA	GORETY TRIANA DURAN	ADMINISTRATIVA	0	0	1	0	1	Riesgos evaluados: 2
6	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	ARIEL FERNANDO TOVAR	ADMINISTRATIVA	0	0	2	1	3	Riesgos evaluados: 2,3,5
7	NUTRICION	ORLEYDA VICTORIA BORJA	ADMINISTRATIVA	0	0	2	0	2	Riesgos evaluados: 2,4,5
8	FACTURACION	WILMAN CORTES BASTIDAS	ADMINISTRATIVA	0	3	0	0	3	Riesgos evaluados: 2,4,5
<b>TOTAL RIESGOS</b>				<b>0</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	

Fuente: Control Interno (2023)

- Riesgos nivel moderado: 5
- Riesgos nivel alto: 20
- Riesgos nivel extremo: 2
- **Total, riesgos: 27**

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:

- Facturación,
- Direccionamiento estratégico-Planeación,
- Defensa jurídica,
- Tesorería.



## Unidad Funcional de Facturación

Riesgos: 3 moderados.

Seguimiento:

### 2° Seguimiento a riesgos - Junio - 2023

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Posibilidad de afectación económica, por el no cobro del total de procedimientos y estancias incluidos en la historia clínica, por parte de los funcionarios de facturación debido a no concertar servicios habilitados o novedades que se presenten en los servicios en el comité de apoyo a la contratación EAPB	MODERADO	Realizar capacitación al personal de la unidad funcional y aportar soporte.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
4	Posibilidad de afectación económica, por el no cobro del total de los servicios prestados a los usuarios dentro de la ESE, debido a la deficiencia de auditores para la verificación total de las facturas.	MODERADO	Solicitar mediante correo electrónico a la gerencia personal para la verificación de facturas en el momento que se requiera. En caso de que no se requiere generar una certificación.	SI CUMPLE	
5	Posibilidad de afectación económica en la institución por la no radicación del total de las facturas generadas en la ESE, debido a la falta de verificación por parte de los funcionarios del área funcional.	MODERADO	Realizar capacitación al personal de la unidad funcional y aportar soporte.	SI CUMPLE	

### Evidencias:

- Cronograma capacitaciones año 2023,
- Plantilla comité financiero abril de 2023,
- Certificado para riesgos,
- Asistencia capacitación radicación I semestre 2023,
- Informe de impacto capacitación radicación I semestre 2023,
- Control y seguimiento facturación no radicada corte mayo 2023,
- Parametrización planes de beneficios,
- Seguimiento anulación de facturas.

## Unidad Funcional de Tesorería

Riesgos: 2 extremo, 4 alto, 5 alto, 6 alto, 10 alto, 14 alto.

### Seguimiento:

#### 2° Seguimiento a riesgos - Junio - 2023

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Probabilidad de afectación económica por robos cibernéticos debido a fallas tecnológicas	EXTREMO	Evidencia de actualización de clave de acceso ( pantallazo ) a plataformas bancarias para realizar periódicamente cambios en las contraseñas bancarias, en caso de que se requiera.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 6 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
4	Posibilidad de afectación económica por el pago a proveedores que no corresponden debido a desconocimiento del proceso	ALTO	Verificar mediante el generador de pagos bancarios y comprobante de egreso del sistema de dinámica en la plataforma de pagos el cumplimiento de los requisitos de pago a proveedores.	SI CUMPLE	
5	Posibilidad de afectación económica por realizar de manera extemporánea el pago de la seguridad social, por fallas en el proceso.	ALTO	Realizar pago oportuno de planillas de seguridad social. Evidencia de planilla de pago.	SI CUMPLE	
6	Posibilidad de afectación económica por falta de verificación de soportes para efectuar el reembolso de caja menor debido al desconocimiento del proceso	ALTO	Realizar revisión de evidencias que soportan el reembolso por caja menor (Que el valor del reembolso coincida con el valor de los soportes pagados). La sumatoria de los soportes debe coincidir con el comprobante de egreso que soporta el cheque.	SI CUMPLE	
10	Posibilidad de afectación económica por no realizar el pago oportuno de sentencias judiciales debido a demoras en el trámite respectivo	ALTO	Evidencia de pago de sentencias judiciales dentro del plazo establecido. Evidencia soporte de pago cuando se presenten.	SI CUMPLE	
14	Posibilidad de afectación económica por la presentación extemporánea de informes debido al desconocimiento de tiempos para las entregas respectivas	ALTO	Realizar presentación de informe de Tesorería (cuentas bancarias), para contraloría departamental de manera oportuna de acuerdo a solicitud realizada por parte de la subdirección administrativa y financiera (aportar evidencia de entrega).	SI CUMPLE	

### Evidencias:

- Cambio de claves,
- Certificado transferencias bancarias,
- Pago oportuno seguridad social,
- Verificación soportes caja menor,
- Pago sentencias judiciales,
- Presentación ext. de informes.

## Unidad Funcional de Direccionamiento estratégico - Planeación

Riesgos: 2 alto, 3 alto, 5 extremo.

Seguimiento:

2° Seguimiento a riesgos - Junio - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Posibilidad de afectación reputacional por no realizar el plan de acción o táctico para cada vigencia debido al desconocimiento de la normatividad relacionada con la presentación del plan de acción o táctico institucional.	ALTO	Elaborar la Guía interna para la construcción del plan de acción-táctico de la E.S.E Hospital para cada vigencia.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
3	Posibilidad de afectación reputacional por no dar cumplimiento a los indicadores asistenciales y administrativos del Plan de Acción o Plan Táctico debido a la falta de seguimiento periódico al cumplimiento de evidencias de cada indicador.	ALTO	Realizar seguimiento mensual y verificación de evidencias de las diferentes unidades funcionales mediante informes trimestrales de seguimiento al cumplimiento de los indicadores asistenciales y administrativos.	SI CUMPLE	
5	Posibilidad de afectación económica por la no aprobación de proyectos de inversión debido a la falta de claridad de los requisitos exigidos para la aprobación de proyectos por cada una de sus fuentes.	EXTREMO	Elaborar e implementar lista de chequeo para la presentación de proyectos de inversión por las diferentes fuentes de financiación.	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Evaluación de desempeño,
- Guía elaboración plan de acción-táctico,
- Comité de gestión y desempeño,
- Seguimiento a planes de acción,
- Lista de chequeo presentación proyectos.

Defensa Jurídica

Riesgos: 2 alto.

Seguimiento:

2° Seguimiento a riesgos - Junio - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Posibilidad de afectación económica por fallos judiciales en contra de la Institución debido a la respuesta extemporánea en las demandas o acciones de repetición interpuestas en contra de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul y sus funcionarios	ALTO	Realizar seguimiento al consolidado de demandas notificadas, mediante el diligenciamiento del formato de excel, en donde se relacionan la totalidad de procesos en contra de la E.S.E Hospital.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de la actividad del plan de acción con sus respectivos soportes

Evidencias:

- Documento Excel con el consolidado de demandas notificadas.



## 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:

- SIAU,
- Trabajo Social,
- Enfermería,
- Nutrición.

### Servicio de Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU

Riesgos: 3 Alto, 4 Alto.

Seguimiento:

#### 2° Seguimiento a riesgos - Junio - 2023

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
3	Afectación de la imagen institucional por la insatisfacción del usuario al no ofrecerle la información de manera clara frente a las necesidades que se generen en la atención	ALTO	consolidar de manera mensual las atenciones ofrecidas a los usuarios en la UF.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 2 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
4	Posibilidad de intervención disciplinaria por parte de entes de control al no cumplir con los tiempos establecidos para resolver las PQR debido al elevado número de PQR radicadas en el área.	ALTO	se alimenta formato de PQRs con fecha de recepción y vencimiento para el seguimiento	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Consolidados PQRs a1fo1361 2023-1
- Evidencia formato de atención a usuarios.

## Servicio de Trabajo Social

Riesgos: 1 alto, 3 alto, 5 alto.

Seguimiento:

2° Seguimiento a riesgos - Junio - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción del usuario debido a la falta de acompañamiento y búsqueda de apoyo profesional para atender las necesidades que presente en la estancia	ALTO	se realiza informe mensual en el cual se reportan los eventos atendidos con activación de ruta para riesgo sicosocial	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
3	Posibilidad de afectación económica por falta de pago de los porcentajes establecidos por el MPS al usuario que generan demostrar en recaudo.	ALTO	se realiza estudio socioeconómico en formato institucional	SI CUMPLE	
5	Posibilidad de afectación a la imagen institucional por demora en los procesos asistenciales de la gestante por no contar con el acompañamiento familiar.	ALTO	se realiza llamado para familiares de gestantes que requieren acompañamiento	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Reportes de valoraciones y remisiones a las autoridades competentes 2023,
- Relación de estudios socioeconómicos,
- Certificación por parte del servicio de trabajo social.

## Servicio de Nutrición

Riesgos: 2 alto, 4 alto, 5 alto.

Seguimiento:

2° Seguimiento a riesgos - Junio - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por posible contaminación cruzada, debido a fallas en la manipulación de alimentos por falta de capacitación del personal	ALTO	capacitación trimestral al personal de cocina frente a las buenas prácticas de manipulación de alimentos	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
4	Posibilidad de afectación a la imagen institucional por posibles complicaciones en la salud de los neonatos, al no realizarse los registros correspondientes a la nutrición de neonato, por falta de entrenamiento del personal del área	ALTO	realizar capacitación trimestral al personal de unilac frente a la preparación y conservación de fórmulas lácteas	SI CUMPLE	
5	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por una posible contaminación bacteriana en la leche materna debido a la mala práctica aséptica en la extracción, por falta de capacitación a las usuarias	ALTO	realizar capacitación mensual a las usuarias en buenas prácticas para extracción de leche	SI CUMPLE	

Evidencias:

- Capacitaciones servicio de alimentos,
- Capacitaciones UNYLAC,
- Madres capacitadas UNYLAC.

## Servicio de Enfermería

Riesgos: 1 alto, 5 alto, 11 alto, 14 alto, 17 moderado, 20 alto, 27 moderado.

Seguimiento:

2° Seguimiento a riesgos - Junio - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Afectación en la imagen de la UF debido a la inconformidad de usuarios y familia por la desinformación de los procedimientos del usuario.	ALTO	brindar información a los usuarios al ingreso de los servicios y registrar en formato establecido	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 7 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
5	Insatisfacción en el usuario debido a la demora en la hospitalización por no disponibilidad de camas en los servicios	ALTO	se realiza ronda diaria asistencias por las UF para garantizar la disponibilidad de camas	SI CUMPLE	
11	Riesgo de adecuado manejo clínico por la inadecuada identificación del usuario por falta de identificación apropiada según manillas de seguridad del paciente.	ALTO	realizar capacitación al personal de enfermería por el programa de seguridad del paciente para una adecuada identificación y clasificación del paciente	SI CUMPLE	
14	Posibilidad de incumplimiento en los procedimientos de enfermería que se genera por la carga laboral debido a la inasistencia de el personal de turno	ALTO	elaboración mensual del cuadro de turno que garantice la disponibilidad del personal necesario	SI CUMPLE	
17	Posibilidad de afectación económica en la institución y/o personal debido a la falta de control en los recargos que se generen al personal de manera mensual	MODERADO	se realiza informe de revisión de recargos para el personal de manera mensual y se entrega al área de talento humano	SI CUMPLE	
20	Posibilidad de afectación a la imagen institucional por insatisfacción del usuario debido a mala técnica utilizada en la canalización del paciente que causa infiltración o extravasación debido a la falta de capacitación del personal asistencial	ALTO	se realiza cronograma de capacitación de inducción y reinducción al personal nuevo de la institución	SI CUMPLE	
27	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por fallas en el proceso de reposición de insumos del carro de paro post evento, incumpliendo con el cierre del procedimiento	MODERADO	se realiza acta de apertura del carro de paro en el evento de cosigo azul	SI CUMPLE	

### Evidencias:

- Educación al egreso de pacientes,
- Ronda diaria,
- Acta capacitación política de seguridad del paciente,
- Cuadros de turno,
- Evidencias recargos,
- Acta capacitación desistimiento informado,
- Acta capacitación código rojo,
- Acta capacitación PICC y administración segura de medicamentos H1 H1B,
- Cronograma plan de acción hospitalización,
- Informe encuentro regional de enfermería,
- Acta UCI adultos,
- Acta hospitalización H2,
- Acta hospitalización H1B,
- Acta sala de partos,
- Acta UCI neonatal,
- Acta H1 respiratorio,
- Acta pediatría,
- Acta H3 médico quirúrgico,
- Acta urgencias.



## 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.
- 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.
- 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 resalta el compromiso, orden, y cumplimiento en el área asistencial.
- Se resalta el compromiso, orden, y cumplimiento en el área administrativa.
- 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