



**INFORME DE SEGUIMIENTO A
RIESGOS INSTITUCIONALES A
30 DE JUNIO DE 2022**



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 JUNIO DE 2022

PROCESO

GESTIÓN DE LA MEJORA CONTÍNUA

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON
Gerente

ESPERANZA FIERRO VANEGAS
Subdirección Administrativa

PABLO LEON PUENTES QUESADA
Subdirección Científica

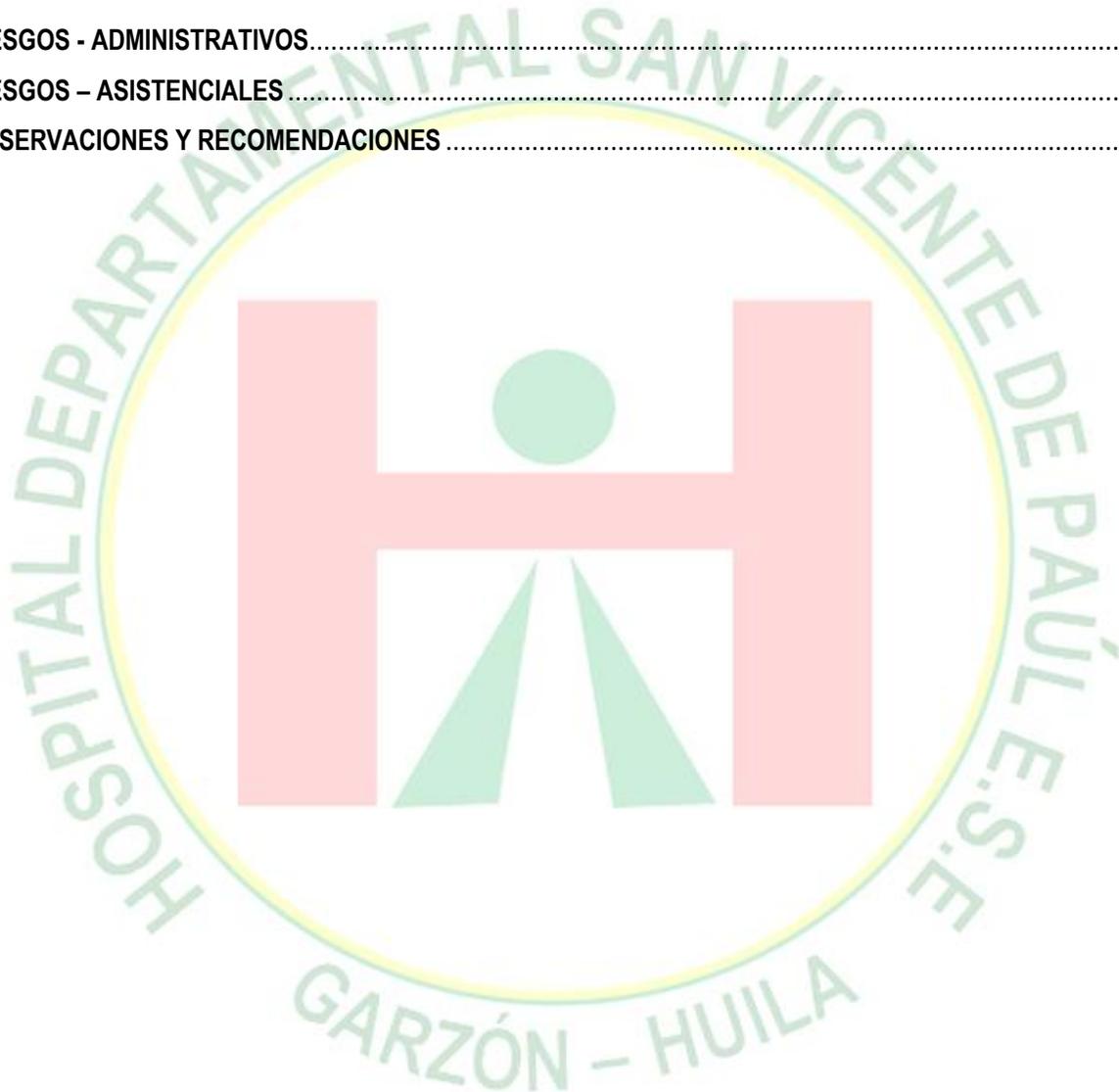
JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ
Asesor Oficina de Control Interno

GARZÓN - HUILA



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO	4
POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	4
RIESGOS - ADMINISTRATIVOS	4
RIESGOS – ASISTENCIALES	5
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	5





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 2022 a 30 de junio.

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°0995 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 0995-2021 Gestión del Riesgo,
- Manual Políticas Institucionales en Salud 2021,
- Matriz Gestión del Riesgo.

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>

RIESGOS - ADMINISTRATIVOS

El proceso de implementación y monitoreo a riesgos institucionales de la E.S.E. es liderado desde la Oficina de Planeación que a 30 de junio de la vigencia 2022 ha desarrollado las siguientes etapas:

- Estructuración, matriz de riesgos basada en la guía técnica de la función pública versión 5,
- Identificación, de los riesgos que se pueden materializar por cada unidad funcional o servicio,
- Implementación, articulación de los riesgos a cada unidad funcional o servicio.



A la fecha de elaboración del presente informe la Oficina de Planeación se encuentra realizando la socialización y entrega a cada funcionario responsable de realizar las actividades que permitan minimizar los riesgos por unidad funcional o servicio.

RIESGOS – ASISTENCIALES

El proceso de implementación y monitoreo a riesgos institucionales de la E.S.E. en el área asistencial es liderado por la oficina de calidad en conjunto de la oficina de planeación a 30 de junio de la vigencia 2022 la oficina de calidad a realizado la identificación de riesgos a un total de 15 unidades funcionales o servicios asistenciales:

- U.F. CONSULTA EXTERNA: 10 riesgos.
- U.F. ENFERMERÍA: 43 riesgos.
- U.F. ESTERILIZACIÓN: 13 riesgos.
- U.F. FARMACEUTICO: 8 riesgos.
- U.F. HUMANIZACIÓN: 5 riesgos.
- U.F. IMAGENOLOGÍA: 8 riesgos.
- U.F. LABORATORIO: 21 riesgos.
- U.F. NUTRICIÓN: 5 riesgos.
- U.F. PROCESOS FARMACEUTICOS: 8 riesgos.
- U.F. PYP: 5 riesgos.
- U.F. SALUD PUBLICA: 13 riesgos.
- U.F. SIAU: 8 riesgos.
- U.F. TERAPIAS: 22 riesgos.
- U.F. TRABAJO SOCIAL: 5 riesgos.
- U.F. UCIA: 11 riesgos.

El total de riesgos asistenciales identificados son 185.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- La Oficina de Planeación institucional debe socializar con cada líder de unidad o servicio el mapa de riesgos correspondientes y dejar evidencia o acta de entrega.
- Cuando se haya entregado el total mapas de riesgos a todas las unidades la Oficina de Planeación debe notificar a la Oficina de Control Interno para así programar el seguimiento a riesgos institucionales


JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ
Asesor de Control Interno