



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

GARZON – HUILA

Garzón, septiembre 15 de 2026

1. OBJETIVO GENERAL

Realizar seguimiento a la gestión y tratamiento de los riesgos asistenciales, administrativos y financieros priorizados por las unidades funcionales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, mediante la verificación documental de las acciones de control previstas para el primer semestre de 2026, con el fin de identificar su nivel de cumplimiento, establecer posibles debilidades y formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la administración del riesgo y del Sistema de Control Interno institucional.

2. PERIODO

El presente seguimiento comprende el período transcurrido entre el 1.º de enero y el 30 de junio de 2026, correspondiente al primer semestre de la vigencia. La revisión se fundamenta en las matrices de riesgos suministradas para cada unidad funcional y en la información y los soportes documentales aportados con ocasión de los requerimientos efectuados por la Oficina de Control Interno.

3. NORMATIVIDAD O CRITERIOS

Para el desarrollo del seguimiento se tienen en cuenta las siguientes disposiciones y criterios de referencia, según su ámbito de aplicación:

- Ley 87 de 1993: disposiciones generales para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.
- Ley 1474 de 2011 y Ley 2195 de 2022: disposiciones aplicables al fortalecimiento de los mecanismos de prevención, transparencia y lucha contra la corrupción.
- Ley 1755 de 2015: disposiciones sobre el derecho fundamental de petición, consideradas en los requerimientos de información efectuados por esta Oficina.
- Decreto 1083 de 2015 y sus modificaciones: disposiciones aplicables al Sistema de Control Interno y al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en lo pertinente a la entidad.
- Circular Externa No. 20211700000004-5 de la Superintendencia Nacional de Salud: instrucciones aplicables en materia de gobierno organizacional, gestión del riesgo y control interno.
- Política de Administración de Riesgos de Función Pública, versión 20 de julio de 2024: referente metodológico para la gestión y el seguimiento de riesgos, sin perjuicio de los instrumentos institucionales adoptados por la E.S.E.
- Matrices de riesgos institucionales y acciones priorizadas para la vigencia 2026: criterios específicos de verificación, de acuerdo con el riesgo, la descripción del control, la acción y la periodicidad establecidos para cada unidad funcional.



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

GARZON – HUILA

Estos criterios constituyen el marco de referencia para el desarrollo del seguimiento, el análisis de resultados y la formulación de conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la gestión del riesgo y del sistema de control interno institucional.

4. METODOLOGÍA

El seguimiento se desarrolló mediante revisión documental de las acciones de control asociadas a los riesgos priorizados de las unidades funcionales administrativas y asistenciales de la institución, conforme a las siguientes actividades:

Inicialmente, la Oficina de Control Interno identificó las unidades funcionales que cuentan con matriz de riesgos y seleccionó las acciones objeto de verificación, atendiendo al enfoque de seguimiento a riesgos priorizados definido para la vigencia 2026. Con base en ello, se formularon requerimientos individuales a quince (15) unidades administrativas y quince (15) asistenciales, precisando para cada una el riesgo, la descripción del control, la acción y su periodicidad.

Los requerimientos fueron **remitidos** por correo electrónico institucional, debido a que, para la fecha de su expedición, la plataforma Extranet y la ruta T no se encontraban en funcionamiento. Para facilitar la recepción y organización de los soportes, se habilitó un enlace de Drive institucional, con carpetas diferenciadas por grupo y unidad funcional. Adicionalmente, se solicitó informar sobre la eventual materialización de los riesgos priorizados durante el período evaluado y, de ser el caso, aportar las evidencias de su tratamiento.

Posteriormente, se efectuó la revisión de las respuestas recibidas por correo electrónico y de la documentación disponible en Drive, ruta T y Extranet, con el propósito de identificar la información aportada por cada dependencia, independientemente del medio utilizado. Esta verificación permitió consolidar información de diecisiete (17) de las treinta (30) unidades requeridas.

Finalmente, los soportes identificados se contrastaron con las acciones y periodicidades previstas en las respectivas matrices, considerando su pertinencia, suficiencia y correspondencia con el primer semestre de 2026. La evaluación distingue entre la atención del requerimiento, la entrega documental y la acreditación de la ejecución de las acciones de control. Cuando la información disponible no permite comprobar una acción, dicha limitación se registra sin equipararla automáticamente con la materialización del riesgo.

Los resultados se presentan de manera diferenciada para las unidades administrativas y asistenciales, con las observaciones y recomendaciones que correspondan al alcance de la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno.

5. EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A MATRICES DE RIESGOS

En cumplimiento de las actividades previstas por la Oficina de Control Interno para la vigencia 2026, se adelantó el seguimiento a las acciones de control asociadas a los riesgos priorizados de las unidades funcionales administrativas y asistenciales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, correspondientes al período comprendido entre el 1.º de enero y el 30 de junio de 2026.

A diferencia de seguimientos anteriores, en los cuales se seleccionaba una muestra de dependencias, para el presente ejercicio se incluyó la totalidad de las treinta (30) unidades funcionales que cuentan con matriz de riesgos, distribuidas en quince (15) administrativas y quince (15) asistenciales. Esta cobertura permitió ampliar el alcance institucional del seguimiento, sin que ello implique la evaluación de todos los riesgos contenidos en cada matriz, dado que la verificación se circunscribió a las acciones expresamente requeridas frente a los riesgos priorizados.

La evaluación se presenta de manera individualizada, mediante tablas que identifican el riesgo priorizado, su zona de riesgo, la acción de control prevista, el nivel de cumplimiento y las observaciones derivadas de la revisión documental. Para la determinación del cumplimiento se considera la correspondencia entre la evidencia aportada, la acción requerida, su periodicidad y el período objeto de seguimiento.

Se precisa que la ausencia de información impide acreditar documentalmente la ejecución de una acción, pero no constituye, por sí misma, prueba de materialización del riesgo. De igual manera, la presentación de soportes no permite concluir automáticamente sobre la efectividad del control, aspecto que requiere elementos de verificación suficientes.

Grupo	Unidades requeridas	Con información	Sin información	Cobertura
Administrativas	15	10	5	66,7 %
Asistenciales	15	7	8	46,7 %
Total institucional	30	17	13	56,7 %

Fuente: consolidación de respuestas y cargos identificados por la Oficina de Control Interno en los medios de recepción consultados.

5.1. Evaluación de Unidades Funcionales Administrativas

El seguimiento administrativo comprendió las quince (15) unidades funcionales que cuentan con matriz de riesgos, respecto de las cuales se solicitaron evidencias de las acciones asociadas a los riesgos priorizados para el primer semestre de 2026.

La revisión de los diferentes medios de recepción permitió identificar información de diez (10) unidades funcionales: Almacén, Cartera, Contabilidad, Contratación, Defensa Jurídica, Direccionamiento Estratégico, Gestión Ambiental, Presupuesto, Seguridad y Salud en el Trabajo y Tesorería.

Por su parte, no se identificó información aportada por Auditoría de Cuentas Médicas, Facturación, Gestión Documental, Talento Humano y Mercadeo.

Las siguientes tablas individuales permitirán establecer el resultado documental de cada acción, atendiendo a las características del riesgo, el control definido y la periodicidad correspondiente:



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

Unidad Funcional de Almacén

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
5	Posibilidad de afectación económica por multa o sanción debido a errores en la verificación los inventarios tanto de insumos como de activos fijos	ALTO	Realizar inventario trimestral en bodega de almacén. [Periodicidad: Trimestral]	CUMPLE	Inventarios físicos y valorizados de marzo y junio, además del inventario de activos fijos del primer semestre. Verificar alcance, resultados y eventuales diferencias; la entrega guarda correspondencia con las dos periodicidades.
5	Posibilidad de afectación económica por multa o sanción debido a errores en la verificación los inventarios tanto de insumos como de activos fijos	ALTO	Realizar inventario semestral al área activos fijos. [Periodicidad: Semestral]	CUMPLE	

Unidad Funcional de Auditoria De Cuentas Medicas

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
3	Probabilidad de afectación económica por incumplimiento en la cita de conciliación debido a dificultades en el proceso	ALTO	Elaborar cronograma mensual de programación de conciliaciones y realizar su cumplimiento con generación de ACTA DE CONCILIACIÓN. [Periodicidad: Mensual]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
4	Probabilidad de afectación económica por no realizar la socialización al personal involucrado en el proceso debido a la falta de tiempo del personal	ALTO	Realizar socialización mensual de hallazgos de auditoría a líderes de procesos o Auditor Md Concurrente de acuerdo con dichos hallazgos detectados. [Periodicidad: Mensual]	No verificable	

No se identificaron soportes de esta unidad en los medios consultados; las acciones quedan sin verificación documental.

Unidad Funcional de Cartera

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
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	ALTO	Realizar de manera trimestral el comité de cartera, y realizar análisis del estado de las cuentas por cobrar a las diferentes aseguradoras y/o EPAB. Presentar evidencia acta	CUMPLE	Actas de comité del 5 y 13 de marzo e informes de gestión de enero a mayo. No se anexo acta del comité correspondiente al segundo trimestre.



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

	procesos de recaudo de cartera		de comité. [Periodicidad: Trimestral]		
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. [Periodicidad: Semestral]	CUMPLE	Informes de abogados y cobro a entidades liquidadas; no se identificó soporte de presentación del informe semestral al Comité Administrativo y Financiero pero si el mensual

Unidad Funcional de Contabilidad

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
1	Posibilidad de afectación económica debido a la no realización de la conciliación bancaria con la unidad funcional de tesorería, con efectos en la fidelidad de la información de los Estados Financieros.	ALTO	Realizar la conciliación bancaria de forma mensual conjuntamente con la unidad de tesorería y aportar el registro de Excel. [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Se identificaron soportes mensuales de conciliaciones bancarias de enero a junio en ruta T.
8	Posibilidad de afectación económica por sanciones de la administración de impuestos por presentación de información inoportuna.	ALTO	Realizar cronograma de presentación de informes de acuerdo a circulares u otros medios que se reciban en la Institución [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Se identificaron soportes del cronograma de informes de impuestos para enero a junio en ruta T.

Unidad Funcional de Contratación

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Oficios de comunicación de designación de supervisores; contrastar fechas con suscripción e inicio de contratos.
2	"Posibilidad de afectación económica por la falta de verificación de los requisitos habilitantes de	EXTREMO	Realizar convocatoria al comité evaluador para verificar las condiciones de los potenciales oferentes. Informe de	CUMPLE	Informe final de evaluación del proceso de selección



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

	los oferentes en los términos de condiciones."		evaluación por parte del comité realizado para procesos de selección simplificada y convocatoria pública. [Periodicidad: Cada sesión de Comité]		simplificada 003 de 2026;
--	--	--	--	--	---------------------------

Unidad Funcional de Defensa Jurídica

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
1	Posibilidad de afectación económica por sanción debido a la no recepción y verificación de un proceso jurídico en los canales de notificación oficiales en la E.S.E hospital Departamental San Vicente de Paul	ALTO	Hacer seguimiento al registro de notificación de demandas mediante el diligenciamiento de un formato de Excel. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Control de notificaciones en Excel, comunicaciones SAMAI y autos admisorios de dos procesos.
2	Posibilidad de afectación económica por fallos judiciales encontrar de la Institución debido a la respuesta extemporánea en las demandas o acciones de repetición interpuestas encontrar 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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Control de términos, constancias secretariales y bitácora de 61 procesos; dos contestaciones reportadas dentro del término.

Unidad Funcional de Direccionamiento Estratégico

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	La unidad informó la inclusión de la Guía interna para la construcción del plan de acción-táctico en su manual.
3	Posibilidad de afectación reputacional por no dar cumplimiento a los indicadores asistenciales y	ALTO	Realizar seguimiento mensual y verificación de evidencias de las diferentes unidades funcionales	CUMPLE	La unidad remitió informes trimestrales de seguimiento a indicadores



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

	administrativos del Plan de Acción o Plan Táctico debido a la falta de seguimiento periódico al cumplimiento de evidencias de cada indicador.		mediante informes trimestrales de seguimiento al cumplimiento de los indicadores asistenciales y administrativos. [Periodicidad: NO REPORTA]		asistenciales y administrativos.
--	---	--	---	--	----------------------------------

Unidad Funcional de Facturación

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	
4	Posibilidad de afectación económica, por el no cobro del total de los servicios prestados a los usuarios dentro de la ESE, debido 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.	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
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	Hacer seguimiento mediante lista de control a la radicación de cuentas [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	

Unidad Funcional de Gestión Ambiental

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
3	Probabilidad de afectación reputacional por la el mal estado de los tanques de agua para consumo que suministran a los diferentes servicios	BAJO	Ejecutar el cronograma establecido de lavado de tanques de forma anual. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Certificados de lavado de tanques fechados en diciembre de 2025.



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN – HUILA

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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Actas mensuales de capacitación de enero a junio en manejo de residuos PGIRASA.
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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Certificados mensuales de tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios de enero a junio.

Unidad Funcional de Gestión Documental

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
2	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por realizar el proceso de escaneo de documentos de manera apropiada debido a la falta de equipo multifuncional.	MODERADO	Solicitar la adquisición de un equipo multifuncional mediante correo electrónico o físico que permita mejorar el proceso de escaneo de información. [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
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) [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	
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) [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	

Unidad Funcional de Gestión Humana

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observación
2	Probabilidad de afectación de la imagen institucional por la no realización de evaluación de desempeño laboral debido a la no	MODERADO	Realizar solicitud de forma física y electrónica (correo) , recordando la realización de la evaluación semestral de manera oportuna.	No verificable	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN – HUILA

	realización de la evaluación de manera periódica.		[Periodicidad: NO REPORTA]		
6	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por deficiente ejecución del plan bienestar, sin participación de la totalidad de delegados que conforman el comité.	BAJO	Aplicar encuesta de bienestar social e incentivos de forma anual. [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
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. [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	
12	Probabilidad de afectación económica de realizar pagos extemporáneos de los aportes de seguridad social y parafiscal debido a fallas tecnológicas	MODERADO	Realizar reporte de fallas por correo electrónico en el módulo de nómina a la coordinación de sistemas de información.	No verificable	

Unidad Funcional de Mercadeo

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
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. [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	

Unidad Funcional de Presupuesto

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
2	Posibilidad de afectación económica por la falla operativa debido a que no se genere el proceso de interface entre los diferentes módulos con el de presupuesto.	MODERADO	"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." [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Certificación sobre actualización del reporte CUIPO.
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.	MODERADO	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Manual de procedimientos de Presupuesto; verificada la vigencia y procedimiento específico de expedición de CDP.
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.	MODERADO	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Certificación de ausencia de inconsistencias en interfaces durante el primer semestre;

Unidad Funcional de Seguridad Y Salud En El Trabajo

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
1	Probabilidad de afectación económica por sanción debido a inadecuada identificación y valoración del riesgo en seguridad y salud en el trabajo.	EXTREMO	"Realizar la identificación o actualización de los riesgos por exposición de forma anual. Evidencia lista de asistencia en reunión de colaboradores. " [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Informe de riesgos laborales y matrices de peligros por sede; no se describieron listas de asistencia de reuniones con colaboradores.

5	Probabilidad de afectación económica por sanción debido a una inadecuada actualización y verificación de requisitos legales aplicables a la E.S.E	EXTREMO	Realizar actualización del nomograma institucional de seguridad y salud en el trabajo. [Periodicidad: NO REPORTA]	No acreditado	La unidad informó expresamente que el normograma está pendiente.
6	Probabilidad de afectación económica por sanción debido a una inadecuada generación de controles ante cambios normativos aplicables a la E.S.E	EXTREMO	Elaborar un plan de acción de cambios normativos cada vez que se actualice el nomograma. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	No se identificó plan de acción por cambios normativos.

Unidad Funcional de Tesorería

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	Se reportó carpeta de evidencias para cada riesgo, organizada de enero a junio.
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. [Periodicidad: NO REPORTA]	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	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. [Periodicidad: NO REPORTA]	CUMPLE	
14	Posibilidad de afectación económica por la presentación	ALTO	Realizar presentación de informe de Tesorería (cuentas bancarias), para	CUMPLE	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN – HUILA

	extemporánea de informes debido al desconocimiento de tiempos para las entregas respectivas		contraloría departamental de manera oportuna de acuerdo a solicitud realizada por parte de la subdirección administrativa y financiera (aportar evidencia de entrega). [Periodicidad: NO REPORTA]		
--	---	--	---	--	--

5.2. Evaluación de Unidades Funcionales Asistenciales

El seguimiento asistencial comprendió las quince (15) unidades funcionales que cuentan con matriz de riesgos, respecto de las cuales se solicitaron evidencias de las acciones de control correspondientes a los riesgos priorizados para el primer semestre de 2026.

De la revisión efectuada se identificó información aportada por siete (7) unidades: Consulta Externa, Enfermería, Esterilización, Farmacia, Laboratorio, Nutrición y Epidemiología.

Para las ocho (8) unidades restantes —Humanización, Imagenología, P y P-IAMII, SIAU, Terapias, Trabajo Social, UCIA y UCIN— no se identificaron respuestas ni soportes en los medios consultados.

La evaluación individual se orientará a determinar la acreditación documental de las acciones requeridas, considerando su periodicidad y las particularidades de cada proceso asistencial.

Unidad Funcional de Enfermería

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
2	Riesgo de parto en sala de espera debido a la demora en la apertura del ingreso del personal de admisiones	MODERADO	priorizar registro a las usuarias gestantes en el momento del ingreso al servicio de urgencias [Periodicidad: Mensual]	NO INFORMA	No se identificó evidencia específica de priorización del registro de gestantes.
5	Insatisfacción en el usuario debido a la demora en la hospitalización por no disponibilidad de camas en los servicios	MODERADO	se realiza ronda diaria asistencias por las UF para garantizar la disponibilidad de camas [Periodicidad: Diario]	CUMPLE	Informe de rondas diarias y traslados de pacientes de enero a junio.
11	Riesgo de adecuado manejo clínico por la inadecuada identificación del usuario por falta de identificación apropiada	MODERADO	realizar capacitación al personal de enfermería por el programa de seguridad del paciente para una adecuada	NO INFORMA	No se identificó capacitación semestral específica sobre identificación y clasificación del paciente.

	según manillas de seguridad del paciente.		identificación y clasificación del paciente [Periodicidad: Semestral]		
14	Posibilidad de incumplimiento en los procedimientos de enfermería que se genera por la carga laboral debido a la inasistencia del personal de turno	MODERADO	elaboración mensual del cuadro de turno que garantice la disponibilidad del personal necesario [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Informes de cuadros de turno de enero a junio.
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 [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Informes mensuales de recargos y entrega a Talento Humano de enero a junio.
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	MODERADO	se realiza cronograma de capacitación de inducción y reintroducción al personal nuevo de la institución [Periodicidad: Eventual]	CUMPLE	Acta de inducción/reinducción del 2 de julio de 2026, fuera del semestre.
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	BAJO	se realiza acta de apertura del carro de paro en el evento de cosijo azul [Periodicidad: Eventual]	CUMPLE	Informe de apertura de carro de paro/código azul de enero a junio; verificados los eventos, actas y reposición posterior.

Unidad Funcional de Esterilización

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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	MODERADO	realizar listas de chequeo mensual de la adherencia al lavado del instrumental y generar informe. [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Listas de chequeo de lavado de instrumental de enero y abril; no se remiten



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

	ocasionada por una práctica adecuada de lavado				informes de los demás meses.
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.	MODERADO	aplicar listas de chequeo de seguimiento del proceso de recepción de instrumental y material limpio en la CE, y realizar informe mensual [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Listas de chequeo de recepción de material limpio de febrero y mayo; no se remiten informes de los demás meses.
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	MODERADO	diligenciar libro de registro por carga de material esterilizado diariamente en el equipo de autoclaves a vapor [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Registros de autoclaves a vapor del primer trimestre; no se remiten registros de abril a junio.

Unidad Funcional de Farmacia

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
2	posibilidad de fallas en la atención de los usuarios debido al desabastecimiento de los insumos básicos en los carros de paros por no realizarse la revisión periódica de los mismos.	MODERADO	realizar revisión mensual de carros de paro en las diferentes UF y generar acta [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Actas, inventarios y cronograma de revisión de carros de paro, organizados de enero a junio.
5	fallas en la atención oportuna de la emergencia por no contar con los insumos necesarios y de calidad en los kits debido a la falta de verificación mensual de los mismos.	MODERADO	revisar mensualmente los kits de respuesta y generar acta con los involucrados [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Actas de apertura y revisión de kit de emergencia obstétrica, organizadas de enero a junio.
7	posibilidad de afectación económica por la pérdida de la calidad de los insumos por falta de seguimiento de los factores ambientales de las áreas de almacenamiento	MODERADO	realizar registro digital diario, de los factores ambientales y consolidar informe mensual [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Registros digitales de factores ambientales por área de almacenamiento, organizados de enero a junio.

Unidad Funcional de Consulta Externa

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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 uf [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Acta de seguimiento informa revisiones de febrero y junio y se aporta cronograma anual de biomédicos; no se reportan actas de mantenimiento por equipo.
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 el especialista para el procedimiento [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Programaciones de curaciones de mayo, junio y julio; no se identificaron notas de enfermería que acrediten verificación previa al retiro de puntos.
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 [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Acta de capacitación sobre material estéril y reporte de inducción/reinducción; verificar fechas, asistentes y cobertura mensual.

Unidad Funcional de Humanización

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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	MODERADO	consolidar de manera mensual los beneficiarios de las atenciones realizadas en cada uno de los ejes de la política de humanización [Periodicidad: Semestral]	No verificable	No se identificó
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.	MODERADO	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 [Periodicidad: Eventual]	No verificable	respuesta ni evidencia en los medios revisados.

Unidad Funcional de Imagenología

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
1	Posibilidad de afectación económica en la institución por errores en las lecturas por la inadecuada preparación debido a la poca comprensión del usuario a las orientaciones al usuario por la falta de utilización de lenguaje claro e inclusivo por parte del personal encargado	MODERADO	diligenciamiento permanente del libro registro de recomendaciones a los usuarios [Periodicidad: Mensual]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
7	Posibilidad de afectación en la imagen institucional en el aumento de la insatisfacción del usuario por las demoras en las lecturas por parte de los especialistas para hacer una oportuna entrega de resultados	MODERADO	realizar análisis estadístico mensual para evaluar de manera permanente la oportunidad en la entrega de resultados [Periodicidad: Mensual]	No verificable	

Unidad Funcional de Laboratorio

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
5	Posibilidad de afectación a la U. por errores en los resultados provocados por la falta de revisión de la calidad de la muestra que altera la funcionalidad del equipo.	MODERADO	Acta de capacitaciones de la UF [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Actas mensuales de entrega de consentimientos informados de enero a junio.
17	Posibilidad de falla en la imagen institucional por la realización de procedimientos sin la educación a los usuarios por no diligenciamiento del consentimiento informado.	MODERADO	diligenciar el formato diario de registro y entrega de consentimientos informados [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Formatos mensuales de control interno de calidad y medidas correctivas de enero a junio.
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.	MODERADO	realizar mensualmente análisis de control interno de cada sección [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Actas y presentaciones de capacitación mensuales de enero a junio.

Unidad Funcional de Nutrición

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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	MODERADO	capacitación trimestral al personal de cocina frente a las buenas prácticas de manipulación de alimentos [Periodicidad: Trimestral]	CUMPLE	Actas de capacitación de marzo y mayo de 2026, y un acta de noviembre de 2025; contrastar temas y periodicidad.
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	MODERADO	realizar capacitación trimestral al personal de unidad frente a la preparación y conservación de fórmulas lácteas [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Certificados mensuales de madres capacitadas en UNYLAC de febrero a junio; no se remitió enero.
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	MODERADO	realizar capacitación mensual a las usuarias en buenas prácticas para extracción de leche [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Actas sobre buenas prácticas de manipulación de alimentos de marzo.

Unidad Funcional de Pyp lamii

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
2	posibilidad de afectación en la imagen institucional por queja de los usuarios por reingresos de los menores que presentan ESA VI.	MODERADO	capacitaciones semestrales del personal en PAI [Periodicidad: Mensual]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
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)	MODERADO	dar cumplimiento al cronograma de capacitación en las actividades de inducción y reinducción [Periodicidad: Mensual]	No verificable	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

Unidad Funcional de Epidemiología

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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 [Periodicidad: Mensual]	CUMPLE	Reportes por semanas epidemiológicas y registros SIVIGILA.
5	Posibilidad de afectación económica 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 [Periodicidad: Anual]	CUMPLE	Informes de ejecución del plan de acción; no se identificó expresamente el perfil epidemiológico anual.
13	Posible afectación en la salud de los usuarios por reingresos 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 [Periodicidad: Mensual]	Pendiente de verificación documental	Informes y reportes de actividades.

Unidad Funcional de Siau

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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	MODERADO	consolidar de manera mensual las atenciones ofrecidas a los usuarios en la UF. [Periodicidad: Mensual]	No verificable	.
4	Posibilidad de intervención disciplinaria por parte de entes de control al no cumplir con los tiempos establecidos para resolver las PQRS debido al elevado número de PQRS radicadas en el área.	MODERADO	se alimenta formato de PQRS con fecha de recepción y vencimiento para el seguimiento [Periodicidad: Mensual]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN – HUILA

6	Posibilidad de complicación de las condiciones de salud de los usuarios por la demora en la gestión del oxígeno domiciliario, debido a la falta del llenado de requisitos	MODERADO	reportar de manera oportuna a las EAPB la solicitud de oxígeno por correo electrónico [Periodicidad: Mensual]	No verificable	
---	---	-----------------	---	-----------------------	--

Unidad Funcional de Terapias

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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 (Certificación de cumplimiento al cronograma mantenimiento preventivo de equipos de apoyo terapéutico firmado por el ing. biomédico y la líder de terapias, y cronograma) [Periodicidad: Trimestral]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
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	MODERADO	Estadística de deserción centro de terapias [Periodicidad: NO REPORTA]	No verificable	
20	Posibilidad de afectación en la imagen institucional, por asignación de cita equivocidad	MODERADO	realizar verificación con auditoría interna para revisión de errores en la asignación de citas (Agenda en espera servicio de ortopedia, mayor demanda de servicio) [Periodicidad: Mensual]	No verificable	

Unidad Funcional de Trabajo Social

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	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	MODERADO	se realiza informe mensual en el cual se reportan los eventos atendidos con activación de ruta para	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

	para atender las necesidades que presente en la estancia		riesgo sicosocial [Periodicidad: Mensual]		los medios revisados.
3	Posibilidad de afectación económica por falta de pago de los porcentajes establecidos por el MPS al usuario que generan demostrar en recaudo.	MODERADO	se realiza estudio socioeconómico en formato institucional (pantallazos estudios socioeconómicos plataforma DINAMICA) [Periodicidad: Eventual]	No verificable	
5	Posibilidad de afectación a la imagen institucional por demora en los procesos asistenciales de la gestante por no contar con el acompañamiento familiar.	MODERADO	se realiza llamado para familiares de gestantes que requieren acompañamiento [Periodicidad: Eventual]	No verificable	

Unidad Funcional de Ucia

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
1	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por la posible demora en los procedimientos asistenciales a los pacientes que se genera por la carga laboral debido a la inasistencia del personal de turno	MODERADO	realiza programación mensual de cuadros de turno de la UF [Periodicidad: Mensual]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
10	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en el tratamiento debido a demoras en la respuesta de interconsulta del especialista.	MODERADO	realizar medición de los tiempos de respuesta de las interconsulta [Periodicidad: Mensual]	No verificable	

Unidad Funcional de Ucin

N.º riesgo	Identificación del riesgo	Zona de riesgo	Acción	Nivel de cumplimiento	Observaciones
9	POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN A LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y ECONÓMICA DEBIDO A LA NO REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS AL INGRESO DEL SERVICIO PRESENTÁNDOSE IAAS.	EXTREMO	realizar educación a los usuarios que ingresan a la UF frente al adecuado lavado de manos y registrar en formato establecido. [Periodicidad: Mensual]	No verificable	No se identificó respuesta ni evidencia en los medios revisados.
11	POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL POR DEMORA	MODERADO	realizar lista de chequeo en presencia del familiar responsable del RN para	No verificable	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

DEL EGRESO DEL PACIENTE AL RECIBIR LA ORDEN DE SALIDA DEBIDO A DEMORA EN LA REALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.	verificar las condiciones clínicas de paciente y hacer entrega de documentación frente a su manejo al egreso del paciente
--	---

6. CONCLUSIONES

El seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno permitió examinar la gestión documental de los riesgos priorizados de las treinta (30) unidades funcionales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón durante el primer semestre de 2026. El ejercicio comprendió la totalidad de las unidades administrativas y asistenciales que cuentan con matriz de riesgos, superando el alcance por muestreo de dependencias empleado en seguimientos anteriores.

Los resultados permiten identificar avances en la ejecución y documentación de controles, así como limitaciones relacionadas con la entrega de información, la acreditación de determinadas acciones y la correspondencia entre los soportes aportados y la periodicidad establecida en las matrices. Las conclusiones se presentan atendiendo al alcance documental del seguimiento, sin equiparar la ausencia de evidencia con la materialización de un riesgo.

6.1. Cobertura del seguimiento y distribución de los riesgos priorizados

El seguimiento comprendió ochenta y cinco (85) riesgos priorizados, distribuidos entre cuarenta (40) riesgos administrativos y cuarenta y cinco (45) asistenciales.

La siguiente tabla consolida su distribución por unidad funcional y zona de riesgo, conforme a las clasificaciones consignadas en el numeral 5 del informe.

Unidad funcional / servicio	Área	Bajo	Moderado	Alto	Extremo	Total
Almacén	Administrativa	0	0	1	0	1
Auditoría de Cuentas Médicas	Administrativa	0	0	2	0	2
Cartera	Administrativa	0	0	1	1	2
Contabilidad	Administrativa	0	0	2	0	2
Contratación	Administrativa	0	0	1	1	2
Defensa Jurídica	Administrativa	0	0	2	0	2
Direccionamiento Estratégico	Administrativa	0	0	2	0	2
Facturación	Administrativa	0	3	0	0	3
Gestión Ambiental	Administrativa	1	2	0	0	3
Gestión Documental	Administrativa	0	3	0	0	3

Gestión Humana	Administrativa	1	3	0	0	4
Mercadeo	Administrativa	2	0	0	0	2
Presupuesto	Administrativa	0	3	0	0	3
Seguridad y Salud en el Trabajo	Administrativa	0	0	0	3	3
Tesorería	Administrativa	0	0	5	1	6
Subtotal administrativo		4	14	16	6	40
Enfermería	Asistencial	1	6	0	0	7
Esterilización	Asistencial	0	3	0	0	3
Farmacia	Asistencial	0	3	0	0	3
Consulta Externa	Asistencial	0	3	0	0	3
Humanización	Asistencial	0	2	0	0	2
Imagenología	Asistencial	0	2	0	0	2
Laboratorio	Asistencial	0	3	0	0	3
Nutrición	Asistencial	0	3	0	0	3
P y P – IAMII	Asistencial	0	2	0	0	2
Epidemiología	Asistencial	0	3	0	0	3
SIAU	Asistencial	0	3	0	0	3
Terapias	Asistencial	0	2	1	0	3
Trabajo Social	Asistencial	0	3	0	0	3
UCIA	Asistencial	0	2	0	0	2
UCIN	Asistencial	0	1	0	1	2
Subtotal asistencial		1	41	1	1	44
TOTAL INSTITUCIONAL		5	55	17	7	84

Fuente: Oficina de Control Interno. Consolidación de las zonas de riesgo registradas en las tablas individuales del numeral 5.

De acuerdo con esta distribución, predominan los riesgos clasificados en zona moderada. Sin embargo, la presencia de riesgos altos y extremos exige mantener un seguimiento diferenciado, especialmente cuando las acciones asociadas no cuentan con evidencia suficiente para acreditar su ejecución.

La distribución por zonas corresponde a la clasificación registrada en las matrices examinadas; no constituye una nueva valoración de probabilidad, impacto o riesgo residual efectuada por la Oficina de Control Interno.

6.2. Conclusiones de las unidades funcionales administrativas

De las quince (15) unidades administrativas requeridas, diez (10) aportaron información mediante alguno de los canales revisados, lo que representa una cobertura documental del 66,7 %. No se identificaron respuestas ni soportes de Auditoría de Cuentas Médicas, Facturación, Gestión Documental, Gestión Humana y Mercadeo.

Entre las unidades que aportaron información se identifican avances relevantes. Almacén presentó inventarios físicos y valorizados, junto con el inventario de activos fijos del semestre; Contabilidad aportó soportes mensuales de conciliaciones bancarias y cronogramas de informes; y Defensa Jurídica documentó el control de notificaciones, términos y actuaciones judiciales. Asimismo, Direccionamiento Estratégico remitió la guía interna para la construcción del plan de acción-táctico y los informes de seguimiento a



indicadores institucionales. Estos resultados evidencian la existencia de mecanismos de control documentados en los procesos respectivos.

En términos generales, el resultado administrativo evidencia que la disponibilidad de soportes permite verificar parte de la gestión del riesgo institucional, pero persisten diferencias entre la ejecución reportada, la documentación entregada y los requisitos específicos de algunas acciones priorizadas.

6.3. Conclusiones de las unidades funcionales asistenciales

De las quince (15) unidades asistenciales requeridas, siete (7) aportaron información, equivalente a una cobertura documental del 46,7 %. Para las ocho (8) restantes no se identificaron soportes en los medios consultados.

En las unidades que remitieron información se evidencian actividades relacionadas con controles operativos y asistenciales. Enfermería aportó documentación sobre rondas, programación del personal, reporte de horas extras y registros asociados al carro de paro; Esterilización presentó listas de chequeo y registros de autoclaves; Farmacia documentó revisiones de carros de paro, kits de emergencia y condiciones ambientales; y Laboratorio aportó soportes relacionados con capacitación, consentimientos informados y control interno de calidad.

Asimismo, Consulta Externa, Nutrición y Epidemiología remitieron documentación sobre actividades propias de sus procesos. No obstante, algunas acciones requieren verificar su correspondencia exacta con el control establecido, la totalidad de los períodos exigibles y el contenido específico de los soportes.

La menor cobertura documental del componente asistencial limita la posibilidad de establecer un panorama completo de la ejecución de las acciones priorizadas en este grupo. Esta limitación adquiere relevancia institucional por la relación que guardan varios de los riesgos examinados con la continuidad, oportunidad y seguridad de la atención.

La ausencia de documentación de una unidad no permite concluir que sus controles no fueron ejecutados. Sí impide, dentro del alcance del presente seguimiento, acreditar su aplicación y establecer su nivel de cumplimiento con fundamento en evidencia verificable.

6.4. Conclusiones generales

Primera. Ampliación de la cobertura institucional. El seguimiento del primer semestre de 2026 incluyó la totalidad de las treinta (30) unidades funcionales con matriz de riesgos. Este enfoque permitió identificar el estado de recepción de información y las limitaciones documentales de cada dependencia, sin restringir el ejercicio a una muestra de áreas.

Segunda. Cobertura documental parcial. Se identificó información de diecisiete (17) unidades funcionales, equivalente al 56,7 % del total requerido. Las trece (13) unidades restantes representan el 43,3 % para las cuales no se encontraron soportes en los medios consultados. Esta circunstancia limita el alcance de la verificación institucional y hace necesario fortalecer la atención de los requerimientos de seguimiento.

Tercera. Existencia de controles documentados. La revisión permitió identificar acciones ejecutadas y respaldadas mediante actas, informes, registros, cronogramas, inventarios y demás documentos de los procesos administrativos y asistenciales. Se reconoce el trabajo de las unidades que aportaron información y facilitaron la verificación de sus controles.

Cuarta. Necesidad de fortalecer la suficiencia y trazabilidad de las evidencias. En determinadas acciones, los documentos aportados no acreditan todos los componentes del control, su periodicidad o la ejecución dentro del período evaluado. En consecuencia, la entrega de información debe acompañarse de una verificación de pertinencia, integridad y correspondencia con lo previsto en la matriz de riesgos.

Quinta. Diferenciación entre falta de evidencia y materialización del riesgo. Las acciones calificadas como «No verificable» reflejan una limitación documental del seguimiento y no constituyen, por sí solas, evidencia de incumplimiento material o de ocurrencia del evento de riesgo. En el presente ejercicio no se identificaron reportes expresos de materialización de los riesgos priorizados, sin que ello permita afirmar que estos no se hayan presentado.

Sexta. Necesidad de articulación institucional. Los resultados evidencian la importancia de mantener una coordinación efectiva entre Planeación Estratégica, los líderes de proceso y las subdirecciones, de manera que la priorización de riesgos, la ejecución de controles, la conservación de soportes y su seguimiento respondan a criterios uniformes.

Séptima. No reporte de materialización de riesgos. En el requerimiento efectuado por la Oficina de Control Interno se solicitó expresamente a las unidades funcionales informar si durante el período comprendido entre el 1.º de enero y el 30 de junio de 2026 se había presentado la materialización de alguno de los riesgos objeto de seguimiento y, de ser así, aportar la descripción del evento y los respectivos soportes. Una vez revisadas las respuestas y la documentación disponible en los diferentes medios consultados, ninguna unidad funcional reportó la materialización de riesgos durante el primer semestre de 2026. En consecuencia, para efectos del presente seguimiento y con fundamento en la información suministrada por los responsables de los procesos, no se registran riesgos materializados durante el período evaluado, sin perjuicio de que esta conclusión se encuentra limitada a la información reportada y verificada documentalmente por la Oficina de Control Interno.

7. RECOMENDACIONES

Con fundamento en los resultados del seguimiento, la Oficina de Control Interno formula a la Gerencia y a las Subdirecciones Administrativa y Financiera y Científica las siguientes recomendaciones, para su gestión en el marco de las competencias de cada dependencia:

1. Disponer la revisión de los resultados del presente informe con los líderes de las unidades funcionales, priorizando las acciones calificadas como «No verificable», «No acreditado» o pendientes de verificación, con el propósito de establecer su estado real de ejecución y las medidas que correspondan.



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2026
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN – HUILA

2. Requerir a las unidades que no aportaron información la presentación de los soportes de las acciones priorizadas o, en su defecto, una explicación documentada sobre las circunstancias que impidieron su entrega, sin perjuicio de las actuaciones de seguimiento que correspondan.
3. Instruir a los líderes de proceso para que verifiquen la suficiencia y oportunidad de las evidencias antes de su remisión, garantizando que cada soporte permita identificar la acción ejecutada, la fecha, el responsable, el período evaluado y los resultados obtenidos, según la naturaleza del control.
4. Fortalecer el reporte oportuno de la materialización de riesgos, de manera que las unidades funcionales documenten los eventos ocurridos, sus causas, las medidas de tratamiento adoptadas y los resultados de estas, cuando haya lugar.

La Oficina de Control Interno continuará realizando el seguimiento independiente que corresponda, dentro del ámbito de sus competencias, sin sustituir la responsabilidad de los líderes de proceso ni de la administración en la ejecución de los controles y la gestión de los riesgos institucionales.

Elaborado por

JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ
ASESOR – OFICINA DE CONTROL INTERNO

Proyectó,

Laura Melissa Jara Cardozo
Profesional de apoyo – Oficina de Control Interno