



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

Garzón, enero 20 de 2026

1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado de identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento de los riesgos asistenciales, administrativos y financieros del Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón (Huila), con el fin de verificar la eficacia de los controles implementados, el cumplimiento de los lineamientos institucionales y normativos en materia de administración del riesgo, y la articulación de estos con el Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, contribuyendo a la prevención de la materialización de riesgos y a la mejora continua de la gestión institucional.

2. PERIODO

El presente informe de seguimiento a riesgos asistenciales, administrativos y financieros comprende el segundo semestre de la vigencia 2025, correspondiente al periodo comprendido entre los meses de julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2025, durante el cual se realizó la verificación del estado de los riesgos identificados, la ejecución y efectividad de los controles establecidos y el avance en las acciones de tratamiento adoptadas por las diferentes unidades funcionales del Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón (Huila).

3. NORMATIVIDAD O CRITERIOS

El presente informe de seguimiento se elabora con fundamento en la normatividad vigente aplicable a la administración del riesgo, el sistema de control interno y la gestión pública en las entidades del orden territorial, así como en los lineamientos institucionales adoptados por el Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón (Huila). En particular, se tienen en cuenta los siguientes criterios normativos y técnicos:

- Constitución Política de Colombia, artículos 209 y 269, relacionados con los principios de la función administrativa y la obligatoriedad del control interno en las entidades públicas.
- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado.
- Ley 489 de 1998, en lo relacionado con la organización y funcionamiento de las entidades públicas y los principios de la función administrativa.
- Decreto 1499 de 2017, mediante el cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, como marco de referencia para la gestión institucional y el control interno.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, vigente, en especial el componente de Control Interno y la dimensión de Gestión del Riesgo.
- Política de Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, versión vigente, como marco

metodológico para la identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento de los riesgos de gestión, corrupción, fiscales y de seguridad de la información.

- Lineamientos del Sistema de Control Interno y del Control Fiscal Interno, en lo relacionado con la prevención del riesgo fiscal y la protección del patrimonio público.
- Políticas, manuales, procedimientos y lineamientos internos del Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, relacionados con la gestión del riesgo, el control interno, la prestación de servicios de salud y la administración de los recursos institucionales.
- Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, vigencia 2025, en lo pertinente al seguimiento a riesgos institucionales.

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 a los riesgos asistenciales, administrativos y financieros se desarrolló conforme al Plan de Acción de la Oficina de Control Interno, el cual establece la realización de este ejercicio con periodicidad semestral, en concordancia con los lineamientos del Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Teniendo en cuenta que el Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón cuenta con una estructura organizacional amplia, conformada por dieciséis (16) unidades funcionales administrativas y quince (15) unidades funcionales asistenciales, la Oficina de Control Interno implementa una metodología de seguimiento rotativo y progresivo, orientada a abarcar, en cada vigencia, un número representativo de unidades funcionales, garantizando la cobertura integral de la institución en el mediano plazo.

Para tal efecto, se dispone de una matriz histórica de seguimiento, vigente desde el año 2022, en la cual se registra la totalidad de las unidades funcionales del hospital, los periodos evaluados y los requerimientos de evidencias realizados, con el propósito de asegurar un control sistemático, equilibrado y continuo sobre la gestión del riesgo institucional.

En desarrollo del presente informe correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2025, la metodología aplicada comprendió las siguientes etapas:

1. Selección de unidades funcionales objeto de seguimiento, conforme al esquema rotativo definido por la Oficina de Control Interno, priorizando tanto unidades administrativas como asistenciales.
2. Solicitud a la Oficina Asesora de Planeación de las matrices de riesgos institucionales vigentes correspondientes a las unidades funcionales seleccionadas para el periodo evaluado.
3. Análisis preliminar de las matrices de riesgos, identificando la tipología de los riesgos, su nivel de riesgo inherente y residual, y los controles definidos para su tratamiento.
4. Requerimiento formal de evidencias a las unidades funcionales seleccionadas, solicitando soporte documental de la ejecución de los controles asociados:

- ✓ De manera prioritaria, a los riesgos clasificados en zona de riesgo inherente nivel alto o extremo.
 - ✓ De forma aleatoria, a algunos riesgos ubicados en otros niveles, con el fin de verificar la aplicación general de los controles y fortalecer la cultura de gestión del riesgo.
5. Recepción, revisión y análisis de las evidencias remitidas, evaluando la oportunidad, suficiencia, pertinencia y coherencia de los soportes frente a los controles establecidos en las matrices de riesgos.

Para el periodo objeto del presente seguimiento, se solicitaron evidencias a las siguientes unidades funcionales:

- **Unidades administrativas:** Contabilidad, Defensa Jurídica, Gestión Documental, Almacén, Auditoría de Cuentas Médicas y Presupuesto.
- **Unidades asistenciales:** Consulta Externa, Enfermería, Imagenología, Laboratorio, SIAU, UCIA, UCIN, Farmacia, Humanización, Nutrición, Terapias y Trabajo Social.

Los resultados obtenidos a partir de este ejercicio metodológico constituyen la base para el análisis del estado de los riesgos, la eficacia de los controles implementados y la formulación de conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y de la gestión integral del riesgo en la institución.

5. EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A MAPAS DE RIESGOS

En desarrollo de las funciones de aseguramiento y evaluación asignadas a la Oficina de Control Interno, y en cumplimiento de los principios de autocontrol, autorregulación y autogestión previstos en el Sistema de Control Interno, se realizó la evaluación de los mapas de riesgos correspondientes a las unidades funcionales objeto de seguimiento durante el periodo evaluado.

Este ejercicio se efectuó con base en las matrices de riesgos institucionales vigentes, suministradas por la Oficina Asesora de Planeación, y tuvo como propósito verificar la adecuada identificación de los riesgos, su clasificación en la respectiva zona de riesgo, la definición de planes de acción y controles, así como el nivel de cumplimiento de las acciones orientadas a su tratamiento, de conformidad con la metodología de administración del riesgo adoptada por la entidad y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

La evaluación se estructuró por unidad funcional, mediante la presentación de tablas que permiten evidenciar, de manera clara y sistemática, la información asociada a cada riesgo identificado, incluyendo su zona de riesgo, el estado del plan de acción, el nivel de cumplimiento y las observaciones resultantes del análisis de las evidencias aportadas por las dependencias responsables.

Lo anterior constituye un insumo fundamental para valorar la eficacia de los controles implementados, identificar posibles debilidades en la gestión del riesgo y formular conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento del control interno, la prevención de la materialización de riesgos y la protección de los recursos y procesos institucionales.

5.1. Evaluación de Unidades Funcionales Administrativas

El seguimiento a las unidades funcionales administrativas comprendió las áreas de Contabilidad, Defensa Jurídica, Gestión Documental y Almacén, en las cuales se evaluaron en total 24 riesgos, distribuidos principalmente en niveles moderado y alto.

En la Unidad de Contabilidad, se identificaron diez (10) riesgos, frente a los cuales se evidenció el cumplimiento de siete (7) acciones de control, con sus respectivos soportes, lo que refleja un nivel de cumplimiento mayoritario; no obstante, persisten acciones pendientes de ejecución que requieren fortalecimiento para mitigar adecuadamente los riesgos asociados a la gestión financiera.

CONTABILIDAD

2° Seguimiento a riesgos 2025

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE 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.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de 7 de las 10 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
2.	Posibilidad de afectación económica debido a la causación equivocada de una cuenta por pagar.	ALTO	Presentar el procedimiento actualizado de Elaboración de cuentas por pagar, con el fin de realizar la afectación de forma correcta en el sistema para un correcto reconocimiento contable.	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
3.	Posibilidad de afectación reputacional debido que el proveedor no se encuentre en el registro único tributario respectivo, lo que ocasiona que no se tenga la información tributaria oportunamente.	ALTO	Realizar revisión de soportes para el reconocimiento contable de avances o anticipos (Registro Único Tributario RUT, contrato, solicitud del avance con visto bueno de gerencia)	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
4.	Posibilidad de afectación económica debido a errores en la utilización de conceptos por parte de las demás unidades financieras que genere un registro contable errado.	ALTO	Realizar conciliación de información financiera generada por las unidades financieras y se genera acta de reunión en caso de que se presente alguna inconsistencia.	SI CUMPLE	
5.	Posibilidad de afectación económica debido a error en en las tablas del programa Dinámica Gerencial por inconvenientes en los módulos financieros y no realizar ajuste en el módulo de contabilidad.	ALTO	Realizar de manera oportuna solicitud por correo electrónico o de manera física al área de sistemas el informe sobre fallas que presente el módulo contable relacionadas con las actualizaciones requeridas necesarias para el correcto funcionamiento.	SI CUMPLE	
6.	Posibilidad de afectación económica al presentarse facturas o contratos de proveedores no ingresados al sistema o medicamentos o insumos sin orden de despacho en el sistema.	ALTO	Realizar conciliación con proveedores mediante circularización para validar saldos de cuenta por pagar.	SI CUMPLE	
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	
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	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
9.	Posibilidad de afectación económica debido a reportes de información inconsistente por parte de las diferentes unidades.	ALTO	Realizar correos electrónicos de reporte de información generada en costos a los diferentes servicios.	SI CUMPLE	
10.	Posibilidad de afectación económica debido a no contar con la conciliación de saldos de aportes patronales con los fondos.	MODERADO	Realizar gestión de trámite de saldos de aportes patronales con COLPENSIONES. (oficios, correos electrónicos).	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

La Unidad de Defensa Jurídica presentó un total de dos (2) riesgos, respecto de los cuales se evidenció el cumplimiento del cien por ciento (100 %) de las acciones definidas en la matriz de riesgos, con soportes suficientes y pertinentes, lo cual permite concluir que los controles establecidos se encuentran debidamente implementados.

DEFENSA JURIDICA

2° Seguimiento a riesgos 2025

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectacion economica por sancion debido a la no recepcion y verificación de un proceso juridico en los canales de notificacion 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.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de 2 de las 2 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
3	Posibilidad de afectacion economica por fallos judiciales encontra de la Institucion debido a la respuesta extemporanea en las demandas o acciones de repeticion interpuestas encontra 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	

Por su parte, la Unidad de Almacén reportó tres (3) riesgos, frente a los cuales se evidenció el cumplimiento total de las acciones establecidas, con soportes adecuados, lo que demuestra una gestión efectiva del riesgo en esta dependencia durante el periodo evaluado.

ALMACEN

2° Seguimiento a riesgos 2025

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
4.	Posibilidad de afectacion economica por falta de adherencia al proceso de salida y baja de elementos de la institución debido a la no aplicación de los controles establecidos	ALTO	Realizar registro de las actas de entrega y de baja de activos fijos a las areas correspondientes.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de 3 de las 3 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
5.	Posibilidad de afectacion economica por multa o sancion debido a errores en la verificaciones los inventarios tanto de insumos como de activos fijos	ALTO	Realizar inventario trimestral en bodega de almacén. Realizar inventario semestral al área activos fijos.	SI CUMPLE	
6.	Posibilidad de afectacion economica por sanciones debido a la perdida de insumos y demoras en las entregas a las areas que requieran suministros diarios y periodicos	ALTO	Dar cumplimiento al cronograma de entregas	SI CUMPLE	

En la Unidad de Gestión Documental, se evaluaron nueve (9) riesgos, observándose el cumplimiento de cinco (5) acciones de control, mientras que las restantes no evidenciaron ejecución completa o soportes suficientes, situación que expone a la dependencia a debilidades en el manejo documental y en el aseguramiento de la información institucional.



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

GESTIÓN DOCUMENTAL

2° Seguimiento a riesgos 2025

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1.	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por la pérdida de información debido a la falta de un software de gestión documental confiable.	MODERADO	Presentar la necesidad por correo electrónico o mediante oficio a la Gerencia con el fin de solicitar la adquisición de un software gestión de archivo.	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	se evidenció el cumplimiento de 5 de las 9 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
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.	SI CUMPLE	
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	
4.	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento al acuerdo 042 del 2000 debido a fallas en los procedimientos ya existentes	MODERADO	Capacitar al personal de la unidad funcional y aportar soporte (Lista de asistencia y evidencia fotográfica)	SI CUMPLE	
5.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por no adherencia a las capacitaciones debido a la falta de evaluación a las capacitaciones	BAJO	Elaborar y aplicar pretexto y postes en las capacitaciones realizadas en las unidades funcionales aportar soporte (lista de asistencia y resultados)	SI CUMPLE	
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.	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
			Aplicar los formatos de transferencias documentales y aportar soporte(Actas de Transferencia Documental y formatos de Inventario Documental FUID)	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
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	
8.	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por falta de planeación en la aplicación del proceso debido las demoras en la contratación.	MODERADO	Solicitar apoyo mediante correo electrónico o de forma física correspondiente a la solicitud de asesoría externa para el proceso de aplicación de las Tablas de Valoración Documental (TVD).	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	

En términos generales, las unidades administrativas evidencian niveles de cumplimiento diferenciados, con dependencias que presentan una adecuada implementación de controles y otras que requieren fortalecer la ejecución y documentación de sus planes de acción.

Adicionalmente, se deja constancia de que, pese al requerimiento formal realizado por la Oficina de Control Interno para la remisión de evidencias relacionadas con la ejecución de las acciones definidas en las matrices de riesgos, no se obtuvo respuesta ni entrega de soportes por parte de las unidades funcionales administrativas de Auditoría de Cuentas Médicas y Presupuesto. Esta situación impidió efectuar la verificación del cumplimiento de los controles asociados a los riesgos identificados en dichas dependencias, limitando el alcance del seguimiento y la evaluación objetiva de la gestión del riesgo en estas áreas.



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL GARZON – HUILA

1.2. Evaluación de Unidades Funcionales Asistenciales

El seguimiento a las unidades funcionales asistenciales incluyó las áreas de Consulta Externa, Enfermería, Imagenología, Laboratorio, UCIA, UCIN, SIAU, Nutrición y Trabajo Social, en las cuales se evaluaron en total 56 riesgos, concentrados principalmente en niveles moderado y alto, así como algunos clasificados como extremos.

En Consulta Externa, se evaluaron diez (10) riesgos, evidenciándose el cumplimiento de siete (7) acciones de control, lo que refleja avances importantes en la gestión del riesgo, aunque persisten acciones pendientes que requieren seguimiento para evitar la materialización de eventos adversos.

CONSULTA EXTERNA					
2° Seguimiento a riesgos 2025					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1.	Posibilidad de afectación a la imagen institucional debido a insatisfacción del paciente por error en la toma de examen debido a fallas en el mismo, por falta de mantenimientos preventivos los equipos	MODERADO	verificar la realización de los mantenimientos preventivos a los equipos de la uf	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de 7 de las 10 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
2.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción del usuario, al presentar una mala práctica en la toma del examen, por desconocimiento del procedimiento del personal asistencial.	MODERADO	realizar el proceso de inducción y reinducción en el personal asistencial que ingresa al servicio	SI CUMPLE	
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	SI CUMPLE	
4.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción del usuario, al presentar una mala práctica en la toma del examen, por desconocimiento del procedimiento del personal asistencial.	MODERADO	realizar actividades de inducción y reinducción a procedimientos y se registra evidencia	SI CUMPLE	
5.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción del usuario debido a la desinformación del especialista frente a los resultados esperados y no obtener los cambios esperados	MODERADO	realizar la educación al paciente antes de realizar el procedimiento y diligenciar el consentimiento informado.	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
6.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción del usuario debido a errores en el procedimiento por falta de reinducción del personal asistencial	MODERADO	realizar actividades de inducción y reinducción a procedimientos y se registra evidencia	SI CUMPLE	
7.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por posibles lesiones en el paciente debido a fallas en equipo de cauterización ocasionado por falta de mantenimiento preventivo	MODERADO	verificar la realización de los mantenimientos preventivos a los equipos de la uf	SI CUMPLE	
8.	Posibilidad de afectación a la imagen institucional, por la insatisfacción a del usuario al presentar errores en la toma de la muestra (insuficiente, inadecuada) debido al desconocimiento del procedimiento por parte del	MODERADO	realizar actividades de inducción y reinducción a procedimientos y se registra evidencia	SI CUMPLE	
9.	Posibilidad de afectación económica a la institución por posibles demandas y/o reclamaciones de los usuarios a por afectaciones o lesiones causadas en procedimiento de retiro de yeso	MODERADO	realizar asignaciones para los procedimientos al personal capacitado y con mayor experiencia	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
10.	Afectación en la imagen institucional por dificultad en la asignación de citas por no tener la disponibilidad de especialidades de manera oportuna por parte de la subdirección afectando la programación de las mismas.	MODERADO	presentar solicitud oportuna a la subdirección del cuadro de turnos con la disponibilidad de especialidades por tardar el 20 de cada mes.	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

La Unidad de Enfermería presentó diez (10) riesgos; sin embargo, únicamente se evidenció el cumplimiento de dos (2) acciones, lo que denota un bajo nivel de implementación de los controles definidos y una exposición significativa a riesgos asistenciales.

ENFERMERIA

2° Seguimiento a riesgos 2025

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	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	se evidenció el cumplimiento de 2 de las 10 acciones de la matriz de riesgos 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	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
9.	Posibilidad de complicación del RN debido a las hipotermias identificada por las fallas en los equipos de traslado a la UCIN	ALTO	verificar viabilidad del proyecto de compra de nuevas incubadoras	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
13.	Posibilidad de complicación del usuario por un suministro inadecuado de medicamentos debido a un mal diligenciamiento de la tarjeta de medicamentos	ALTO	revisar en cada turno las ordenes médicas y diligenciar las tarjetas de medicamentos	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
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	CUMPLE	
21.	Posibilidad de afectación a la imagen institucional por insatisfacción del usuario debido a fallas en la preparación de la prueba que puede causar complicaciones en la salud del usuario debido al desconocimiento del procedimiento por parte del personal asistencial	ALTO	se realiza cronograma de capacitación de inducción y reinducción al personal nuevo de la institución	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
25.	Posibilidad de afectación en la imagen de la institución por afectación en la salud de los usuarios debido a un posible sangrado activo por falta de suministrar la recomendación al usuario por parte del personal asistencial	ALTO	se realiza cronograma de capacitación de inducción y reinducción al personal nuevo de la institución	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
29.	Afectación en la imagen institucional por errores en la ejecución del proceso debido a una mala rotulación de la muestra generen confusiones en la entrega de los resultados	MODERADO	se realiza el rotulado de las muestras con información completa del paciente y en tiempo real para evitar confusiones en las muestras	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
33.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por complicación de la salud del usuario debido a fallas en la práctica aséptica en la realización del proceso	MODERADO	se realiza cronograma de capacitación de inducción y reinducción al personal nuevo de la institución	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
38.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por no detección oportuna de las fallas en los equipos de reanimación, debido a la falta de revisión diaria adecuada	ALTO	diligenciar registro diario de revisión de equipo de reanimación	SI CUMPLE	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

En Imagenología, se identificaron ocho (8) riesgos, frente a los cuales no se evidenció cumplimiento de las acciones definidas, configurándose un escenario de incumplimiento total, con una alta probabilidad de materialización del riesgo si no se adoptan medidas correctivas inmediatas.

IMAGENOLOGÍA

2° Seguimiento a riesgos 2025

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE 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	ALTO	diligenciamiento permanente del libro registro de recomendaciones a los usuarios	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	se evidenció el incumplimiento de las 8 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
2.	Afectación en la imagen institucional generando insatisfacción en los usuarios por fallas en los equipos que retrasen la entrega de resultados y/o reprogramaciones	ALTO	verificar soportes de mantenimientos de equipos de la UF	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
3.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por desconocimiento de la información suministrada debido a la falta de utilización de lenguaje claro e inclusivo por parte del personal encargado	ALTO	realizar registro del libro de recomendaciones posterior a las recomendaciones	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
4.	Posibilidad de afectación económica en la institución debido al aumento de demanda de usuarios por la duplicidad en la asignación de cita, afectando la facturación.	ALTO	diligenciar agenda de asignación de citas mensual para evitar la duplicidad de la información	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
5.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional en el aumento de la insatisfacción del usuario por retrasos en la agenda diaria debido a las demoras en la llegada del personal asistencial	ALTO	reunión y plan de mejoramiento para disminuir PQRS en la UF	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
6.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional en el aumento de la insatisfacción del usuario por las demoras en el traslado de los servicios al área de imágenes afectando el tiempo para la toma del examen	ALTO	reunión con personal de traslado para socializar PQRS internas y externas	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
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	ALTO	realizar análisis estadístico mensual para evaluar de manera permanente la oportunidad en la entrega de resultados	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
8.	Posibilidad de afectación en la salud de los usuarios debido a las fallas en el estudio de los equipos generadores de radiación ionizante que no cuenten con control preventivo	ALTO	verificar soportes de mantenimientos de equipos de la UF	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

La Unidad de Laboratorio presentó nueve (9) riesgos, con cumplimiento de tres (3) acciones, lo cual evidencia un nivel de cumplimiento bajo y la necesidad de fortalecer los controles asociados a los procesos críticos del servicio.

LABORATORIO					
2° Seguimiento a riesgos 2025					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
20.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por la falta de preparación del control de calidad interno para vigilar el buen funcionamiento de reactivos y dispositivos médicos generando errores en los resultados.	ALTO	realizar mensualmente analisis de control interno de cada seccion	SI CUMPLE	Se evidenció el cumplimiento de 3 de las 9 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
1.	Posibilidad de afectacion en la imagen institucional por error en la semaforizaion generando posible perdicac del reactivo proximo a vencer, por desconociemitno del personal del area	MODERADO	semaforizar los insumos deacuerdo a su fecha de vencimiento	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
3.	Posibilidad de afectacion en la imagen institucioan por posibles eventos adversos debido a la falta de vigilancia que no se detecte la falla de insumo y/o dispositivo.	MODERADO	Realizar reporte mensual de las alertas sanitarias al INVIMA	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
5.	Posibilidad de afectación a la U.F. por errores en los resultados provocados por la falta de revisión de la calidad de la muestra que altera la funcionalidad del equipo.	ALTO	ejecutar el plan de capacitaciones de la UF	SI CUMPLE	
9.	Posibilidad de la afectación en la imagen de la U.F. por fallas en la identificación de la muestra que no registra los datos completos del usuario generando confusión en la entrega de resultados.	ALTO	ejecutar el plan de capacitaciones de la UF	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
11.	Posibilidad de riesgo en la confiabilidad del resultado debido a la calidad de la muestra por no cumplir con los requisitos de preparación para la recolección.	MODERADO	ejecutar el plan de capacitaciones de la UF	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
13.	Posibilidad de falla en la productividad de la U.F. por la falta de procesamiento de muestras debido al mal funcionamiento del equipo ya que no se realizaron los mantenimientos preventivos y adecuados de manera oportuna.	ALTO	ejecutar el plan de capacitaciones de la UF	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
15.	Posibilidad de errores en los resultados debido a fallas en la transcripción de resultados del equipo a la plataforma generando insatisfacción en el usuario.	ALTO	ejecutar el plan de capacitaciones de la UF	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
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.	ALTO	diligenciar el formato diario de registro y entrega de consentimientos informados	SI CUMPLE	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN – HUILA

En UCIA, se evaluaron siete (7) riesgos, observándose un cumplimiento parcial de dos (2) acciones, debido a la ausencia de soportes suficientes, situación que limita la verificación efectiva de la implementación de los controles.

UCIA					
2° Seguimiento a riesgos 2025					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE 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	ALTO	realiza programación mensual de cuadros de turno de la UF	CUMPLE PARCIALMENTE (no remitió evidencia)	Se evidenció el cumplimiento parcial de 2 de las 7 acciones de la matriz de riesgos por cuanto no anexó los respectivos soportes
3.	Posibilidad de afectación económica a la institución por demoras en el proceso de asignación de camas, en hospitalización, debido a que el tiempo estancia extra en UCI no es Reconocido por las aseguradoras.	ALTO	realizar solicitud de asignación de cama en el servicio e hospitalización y llevar registro de los mismos	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
4.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción de familiares de usuarios debido a las demoras en la entrega de documentación necesaria para el egreso del usuario.	ALTO	dar información oportuna a los familiares de los pacientes frente a la condición clínica del paciente y registrar en formato establecido	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
5.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción de familiares de usuarios debido a las demoras en la entrega de documentación necesaria para el egreso del usuario.	ALTO	dar información oportuna a los familiares de los pacientes frente a la condición clínica del paciente y registrar en formato establecido	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
9.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción del usuario debido a la no ejecución de ordenes medicas quedando incompleto el tratamiento del usuario.	ALTO	realizar verificación de las indicaciones médicas y revisión del cumplimiento	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
10.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en el tratamiento debido a demoras en la respuesta de interconsulta del especialista.	ALTO	realizar medición de los tiempos de respuesta de las interconsulta	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
11.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por insatisfacción de familias debido a la falta de información de la evolución del paciente por parte del personal médico.	ALTO	suministrar información a los familiares de los pacientes y registrar en formato establecido	CUMPLE PARCIALMENTE (no remitió evidencia)	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL GARZON – HUILA

La Unidad de UCIN presentó nueve (9) riesgos, evidenciándose el cumplimiento de una (1) acción, lo que refleja un nivel crítico de cumplimiento frente a los riesgos identificados.

UCIN

2° Seguimiento a riesgos 2025

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1.	posibilidad de afectación a la imagen institucional por demora en el traslado del paciente del servicio alojamiento conjunto , sala de partos , cirugía, urgencias a uci neonatal debido a la falta de disponibilidad de camas en la unidad	ALTO	dar trámite oportuno a las salidas de los pacientes para liberación de las camas y dar cumplimiento a indicador	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	Se evidenció el cumplimiento de 1 de las 10 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
3.	posibilidad de afectación a la imagen institucional por demora en el traslado del paciente del servicio desde iami, consulta externa, referencia a uci neonatal debido a la no disponibilidad de camas en el servicio de uci neonatal	ALTO	dar trámite oportuno a las salidas de los pacientes para liberación de las camas y dar cumplimiento a indicador	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
4.	posibilidad de afectación a la imagen institucional por la falta e inadecuada información del paciente debido a no revisión ni registros de datos completos en historia clínica.	ALTO	suministrar información oportuna del estado de salud del RN y se realiza la evidencia llenado el formato establecido con el familiar responsable.	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
5.	posibilidad de afectación a la imagen institucional por demoras en la ejecución de ordenes medicas por omisión de ronda medica debido a no aplicar el procedimiento de ronda y evolución medica.	ALTO	realizar ronda medica con el equipo interdisciplinario para agilizar la realización de procedimientos quedando registrado en HC	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
6.	posibilidad a la afectación de la imagen institucional por demoras en la respuestas de las interconsultas solicitadas en uci neonatal debido a no completar el procedimiento de comunicarle al especialista de la solicitud de la interconsulta.(personal de referencia y CONTRAREFERENCIA)	MODERADO	generación de interconsulta oportuna por parte del especialista para medir el tiempo de respuesta	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
7.	posibilidad de afectación a la imagen institucional por omisión de datos relevantes para el proceso de remisión del paciente debido a no entrega del paciente al personal que hace el traslado.	EXTREMO	diligenciar la lista de chequeo de los documentos entregados al auxiliar de referencia que realiza el traslado del RN	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
8.	posibilidad de afectación a la imagen institucional por la falta e inadecuada información del paciente en el recibo y entrega de turno debido a la no elaboración completa del pase	ALTO	realizar auditoria al PASE para verificar el correcto diligenciamiento, para mejora del proceso	SI CUMPLE	
10	posibilidad de afectación a la imagen institucional por caídas del usuario durante el traslado a procedimiento especiales debido a no aplicar el protocolo de traslado a procedimientos especiales.	ALTO	realizar solicitud para realizar los procedimientos especiales de los RN en el servicio.	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
11.	posibilidad de afectación de la imagen institucional por demora del egreso del paciente al recibir la orden de salida debido a demora en la realización de la documentación.	ALTO	realizar lista de chequeo en presencia del familiar responsable del RN para verificar las condiciones clínicas de paciente y hacer entrega de documentación frente a su manejo	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

En el caso del SIAU, se evaluaron siete (7) riesgos, frente a los cuales se evidenció incumplimiento total de las acciones solicitadas, lo que representa una debilidad significativa en la gestión del riesgo asociado a la atención al usuario.

SIAU

2° Seguimiento a riesgos 2025

RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
8.	Posibilidad de afectación en la imagen institucional, por desinformación de los usuarios frente a los procesos institucionales debido a la falta de espacios de capacitación a los usuarios y/o familiares.	MODERADO	realizar acta con soportes de capacitación a usuarios de manera mensual	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	Se evidenció el incumplimiento de las 7 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
2.	Riesgo en la legitimidad del proceso de apertura de buzones, por la inasistencia de los miembros del comité, debido a la falta de comunicación previa a los mismos.	MODERADO	presentar acta mensual y registro fotográfico de la apertura de buzón, con los actores involucrados	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
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.	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
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.	ALTO	se alimenta formato de PQRS con fecha de recepción y vencimiento para el seguimiento	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
5.	Posibilidad de error en los datos generados en la UF de medición de tiempos de espera, por error en los datos registrados en la plantilla de reporte, debido a la falta de revisión y verificación del proceso.	MODERADO	alimentar la matriz de tiempo de espera y analizar la información de manera mensual en comité de gestión clínica	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
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	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
7.	Posibilidad de afectación a la integridad del personal asistencial por agresiones generadas por parte de usuarios y/o familiares por insatisfacción con la atención recibida,	MODERADO	se realiza comunicación escrita de las agresiones de los usuarios a las EAPB	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	

Las unidades de Nutrición y Trabajo Social presentaron tres (3) riesgos cada una. Mientras Nutrición evidenció cumplimiento total de las acciones definidas, Trabajo Social no presentó soportes que acreditaran la ejecución de los controles establecidos.

TRABAJO SOCIAL

2° Seguimiento a riesgos 2025

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	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	se evidenció el incumplimiento de 3 de las 3 acciones de la matriz de riesgos solicitadas
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	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	
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	NO CUMPLE (no remitió evidencia)	



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

NUTRICIÓN

2° Seguimiento a riesgos 2025

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	
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 unidad frente a la preparación y conservación de fórmulas lácteas	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de 3 de las 3 acciones de la matriz de riesgos con sus respectivos soportes
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	

Así mismo, dentro del seguimiento efectuado a las unidades funcionales asistenciales, se evidenció que las dependencias de Farmacia, Humanización y Terapias no remitieron respuesta ni soportes documentales frente a la solicitud de evidencias realizada por la Oficina de Control Interno. En consecuencia, no fue posible evaluar el nivel de cumplimiento de las acciones de control definidas en sus respectivas matrices de riesgos, generándose una limitación significativa para verificar la efectividad de los mecanismos adoptados para prevenir la materialización de los riesgos asociados a dichos servicios.

6. CONCLUSIONES

1. El seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno durante el segundo semestre de la vigencia 2025 permitió evaluar la gestión de un total de ochenta (80) riesgos institucionales, correspondientes a unidades funcionales administrativas y asistenciales, evidenciándose una mayor concentración de riesgos en los niveles moderado y alto, lo cual representa una exposición relevante para la entidad.
2. Se evidencian resultados heterogéneos en el nivel de cumplimiento de los planes de acción y controles, tanto en las unidades administrativas como en las asistenciales, coexistiendo dependencias con adecuado cumplimiento y soportes suficientes, junto a otras con incumplimientos parciales o totales.
3. En las unidades administrativas, si bien se observan avances importantes en áreas como Defensa Jurídica y Almacén, persisten debilidades en otras dependencias relacionadas con la ejecución oportuna de las acciones definidas y la debida acreditación documental de los controles implementados.
4. En las unidades asistenciales, se identifican situaciones de mayor criticidad, particularmente en aquellas dependencias donde se evidenció un bajo nivel de cumplimiento o incumplimiento total de las acciones de control, lo cual incrementa la probabilidad de materialización de riesgos que pueden afectar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el cumplimiento de los objetivos misionales del hospital.



INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

- Se identificaron casos de cumplimiento parcial, asociados principalmente a la ausencia o insuficiencia de soportes, lo que limita la posibilidad de verificar de manera objetiva la implementación real de los controles definidos en las matrices de riesgos.
- El ejercicio de seguimiento evidencia la necesidad de fortalecer la cultura de gestión del riesgo en la institución, así como la articulación entre las unidades funcionales, la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno, para asegurar una gestión integral, preventiva y sostenible del riesgo institucional.

2° Seguimiento a riesgos 2025							
N°	UNIDAD FUNCIONAL/SERVICIO	AREA	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS	TOTAL RIESGOS
1	CONTABILIDAD	ADMINISTRATIVO		1	9		10
2	DEFENSA JURÍDICA	ADMINISTRATIVO			2		2
3	GESTIÓN DOCUMENTAL	ADMINISTRATIVO	1	8			9
4	ALMACEN	ADMINISTRATIVO			3		3
5	CONSULTA EXTERNA	ASISTENCIAL		10			10
6	ENFERMERIA	ASISTENCIAL		3	7		10
7	IMAGENOLÓGÍA	ASISTENCIAL			8		8
8	LABORATORIO	ASISTENCIAL		3	6		9
9	UCIA	ASISTENCIAL			7		7
10	UCIN	ASISTENCIAL		1	7	1	9
11	SIAU	ASISTENCIAL		5	2		7
12	NUTRICIÓN	ASISTENCIAL			3		3
13	TRABAJO SOCIAL	ASISTENCIAL			3		3
TOTAL RIESGOS			1	30	48	1	80

- Del total de dieciocho (18) unidades funcionales a las cuales se les solicitó la remisión de evidencias para el seguimiento a los mapas de riesgos durante el segundo semestre de la vigencia 2025, cinco (5) unidades no dieron respuesta ni aportaron soportes documentales, lo que representa aproximadamente el 27,8 % del total de dependencias requeridas. Esta situación constituye una debilidad relevante en el ejercicio de autocontrol y en la cultura de gestión del riesgo institucional, toda vez que la ausencia de información limita la capacidad de la Oficina de Control Interno para verificar la implementación efectiva de los controles, incrementa la exposición al riesgo y afecta la confiabilidad de la evaluación integral del sistema de control interno.



7.RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la implementación y seguimiento de los planes de acción asociados a los riesgos clasificados en zona alta y extrema, priorizando aquellas unidades funcionales que presentaron incumplimientos totales o niveles críticos de cumplimiento.
2. Requerir a las unidades funcionales que presentaron cumplimientos parciales o incumplimientos, la formulación y ejecución de planes de mejora específicos, con responsables, plazos definidos y mecanismos de seguimiento, orientados a subsanar las debilidades identificadas.
3. Reforzar, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, los procesos de socialización y capacitación en materia de administración del riesgo, con énfasis en la correcta identificación de riesgos, definición de controles y generación de evidencias verificables.
4. Exigir a todas las unidades funcionales la documentación adecuada y oportuna de los soportes que acrediten la ejecución de los controles, garantizando la trazabilidad y verificabilidad de la información suministrada en los ejercicios de seguimiento.
5. Implementar mecanismos internos que permitan realizar autoevaluaciones periódicas del riesgo por parte de las unidades funcionales, como herramienta de autocontrol y mejora continua, en concordancia con los principios del Sistema de Control Interno.
6. Mantener y fortalecer la estrategia de seguimiento rotativo y progresivo implementada por la Oficina de Control Interno, con el fin de asegurar la cobertura integral de todas las unidades funcionales y la mejora continua de la gestión del riesgo institucional.
7. Se recomienda a la Alta Dirección reforzar los lineamientos institucionales sobre la obligatoriedad de suministrar información y soportes en los ejercicios de control interno, e implementar mecanismos de seguimiento y responsabilidad administrativa y disciplinaria que contribuyan a fortalecer el compromiso de las dependencias con la gestión del riesgo y el Sistema de Control Interno.
8. Informar los resultados del presente seguimiento a la Alta Dirección, con el propósito de que se adopten las decisiones administrativas y estratégicas necesarias para mitigar la exposición al riesgo y fortalecer el control interno en la entidad.

Elaborado por

JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ
ASESOR – OFICINA DE CONTROL INTERNO

Proyectó,

Laura Melissa Jara Cardozo

Profesional de apoyo – Oficina de Control Interno