

INFORME DE SEGUIMIENTO MATRIZ VIGENCIA 2024

Descripción del Informe

La Gestión de los Riesgos Institucionales tiene como objetivo principal prevenir, mitigar y/o asumir los riesgos involucrados en la puesta en marcha de los procesos misionales, de apoyo, dirección y evaluación del Hospital Universitario Departamental de Nariño. Los controles establecidos, permiten la mitigación de la posible ocurrencia de eventos que pueden reflejar un riesgo materializado; afectando el cumplimiento de objetivos institucionales, la acreditación y el cumplimiento de la misión y visión del Hospital, concluyendo que la administración del riesgo es la herramienta más eficaz de gestión dentro de toda entidad, respaldada por la alta dirección y acogida por todos los colaboradores institucionales.

Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno, el Decreto 1083 de 2015, obligan a que las entidades públicas establezcan y apliquen políticas de administración del riesgo, partiendo de la identificación y análisis del riesgo de cada proceso, evaluando aspectos internos y externos que representen peligro o limitación al cumplimiento de los objetivos misionales, pero que a su vez se establezcan acciones efectivas reflejadas en las actividades de control.

En cumplimiento al Rol de las unidades u oficinas de control interno, o quien haga sus veces, y en concordancia a lo establecido en la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública, es claro que se debe proporcionar un aseguramiento sobre la efectividad de las actividades de administración del riesgo, para ayudar a asegurar que los riesgos sean gestionados apropiadamente y que el sistema de control interno está operando efectivamente.

1. OBJETIVO Y ALCANCE:

El presente informe recopila los resultados referentes a la efectividad de los controles establecidos los riesgos valorados como altos y extremos de acuerdo al informe de la segunda línea de defensa y ejecución de las acciones planteadas por los líderes de los procesos de las diferentes áreas y del seguimiento de la segunda Línea de Defensa del Hospital Universitario Departamental de Nariño, de las Matrices de Riesgos Institucionales, para vigencia 2024.

2. DESARROLLO Y GENERALIDADES DEL INFORME

2.1 Política de Administración del Riesgo

El Gerente y los colaboradores del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., desde el enfoque de gestión integral del riesgo se comprometen a: administrar riesgos que respondan a lineamientos de MIPG dando respuesta a las 7 tipologías identificadas en el hospital que son: riesgos clínicos, riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo, Riesgos de Gestión Ambiental, Riesgos de Corrupción, Riesgos de Seguridad de la Información, Riesgos de Proceso, Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo (SARLAFT) y a los requerimientos de MIPG considerando su factibilidad de la intervención y gravedad del efecto.

2.2 Actualización del Mapa de Riesgos Institucionales

La Oficina Asesora de Planeación durante el primer semestre de la vigencia 2024, realizó el consolidado de los Riesgo de Proceso, adaptándose a la metodología del DAFP Versión 6 de acuerdo a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, en referencia a los riesgos, procesos y equipos de trabajo asignados para gestión y administración del riesgo en el HUDN. Así mismo la segunda línea realizó el ajuste a la estructura de la matriz de riesgos institucionales de la entidad para la vigencia 2024 consolidando la información en una sola matriz y a su vez realizó mesas de trabajo con los diferentes líderes de proceso, para realizar revisión y actualización de los riesgos identificados en la vigencia inmediatamente anterior. Como se menciona anteriormente, en la matriz de riesgos de la vigencia 2024, se encuentran identificados los riesgos por proceso, cuya información quedó plasmada con la siguiente estructura:

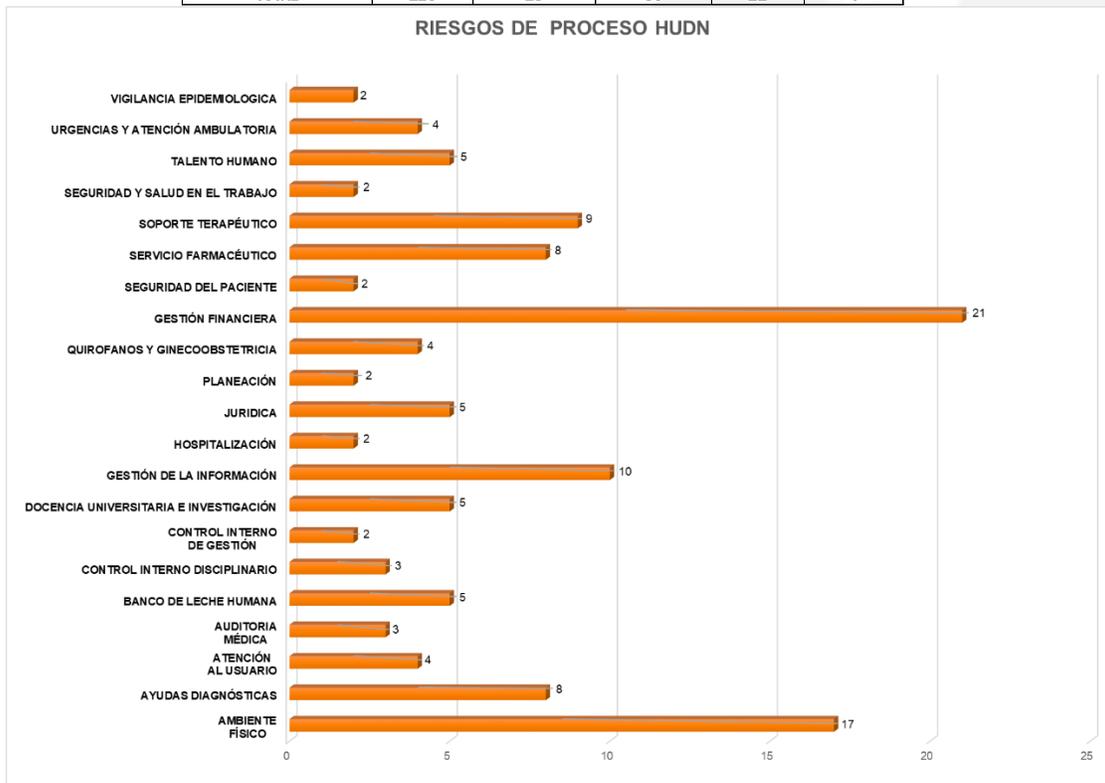
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						ANÁLISIS DEL RIESGO INHERENTE			
PROCESO	ID	IMPACTO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE

EVACUACIÓN DEL RIESGO - VALORACIÓN DE LOS CONTROLES						EVALUACIÓN DEL RIESGO - NIVEL DEL RIESGO RESIDUAL				
No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ATRIBUTOS					PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO
		TIPO	IMPLEMENTACIÓN	DOCUMENTACIÓN	FRECUENCIA	EVIDENCIA				

PLAN DE ACCIÓN			SEGUIMIENTO
PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	TIEMPO DE APLICACIÓN	SEGUIMIENTO 1 PRIMER SEMESTRE AÑO 2024

PROCESO	RIESGOS	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO	RIESGO EXTREMO
AMBIENTE FÍSICO	17	10	5	1	1
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	8	1	7		
ATENCIÓN AL USUARIO	4		4		
AUDITORIA MÉDICA	3	2	1		
BANCO DE LECHE HUMANA	5		2	3	
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	3	1	2		
CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	2		2		
DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN	5		3	1	1
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	10	2	2	6	
HOSPITALIZACIÓN	2		1	1	
JURIDICA	5	1	4		
PLANEACIÓN	2			2	
QUIROFANOS Y GINECOOBSTETRICIA	4		3	1	
GESTIÓN FINANCIERA	21		19	2	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	2		2		
SERVICIO FARMACÉUTICO	8		4	3	1
SOPORTE TERAPÉUTICO	9		7	1	1
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	2	1	1		
TALENTO HUMANO	5		5		
URGENCIAS Y ATENCIÓN AMBULATORIA	4		4		
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	2		2		
TOTAL	123	18	80	21	4

RIESGOS DE PROCESO HUDN



2.3 Riesgos y Controles analizados por la Oficina de Control Interno de Gestión

SEGUIMIENTO RIESGOS ALTOS Y EXTREMOS VIGENCIA 2024					
PROCESO	RIESGO	INHERENTE	RESIDUAL	CONTROL	OBSERVACIONES DE LA OCIG
AMBIENTE FISICO	Possibilidad de pérdida Reputacional por inexistencia de insumos para despacho en áreas administrativas y asistenciales, debido a incremento de la demanda, ausencia de planeación en áreas y legalización inoportuna de contratos para el ingreso de mercancía a almacén y el trámite de despachos a las áreas			1. Líder de Almacén, establece un stock mínimo de mercancía para cumplir con las necesidades de los servicios de manera oportuna para la entrega de los pedidos según el cronograma (como evidencia se encuentra el comparativo de pedidos vs entregas) de manera mensual. De no contar con el stock necesario, los servicios podrían tener desaprovisionamiento y quejas.	Se evidencia que durante el primer semestre se cumplió con las actividades relacionadas con el control, no obstante el proceso de revisión y firma del ECO, no contó con los tiempos necesarios para evitar el desaprovisionamiento, cabe resaltar que al finalizar el semestre se contó con la respectiva legalización del contrato para insumos requeridos en las áreas administrativas y asistenciales en referencia a lo entregado por almacén.
	Possibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de normatividad ambiental aplicable a la organización, debido a desconocimiento de la normatividad ambiental aplicable a la organización, falta de recursos para cumplimiento a las exigencias ambientales.			1. Técnico de gestión ambiental, actualiza constantemente matriz de requisitos legales, elabora ECO para la medición de diferentes parámetros ambientales y carga información a plataformas digitales de diferentes entes de control, y realiza envío de informes según periodicidad, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad ambiental aplicable a la organización.	Se evidencia que de las actividades descritas en el control y en el Plan de Acción no se cuenta con el soporte de la revisión y socialización de normatividad legal vigente de la organización, esto puede conllevar a desconocimiento por parte de los colaboradores y puede implicar una sanción.
BANCO DE LECHE HUMANA	Possibilidad de pérdida Económica y Reputacional por interrupción o suspensión del proceso de Pasteurización de leche humana, debido a las fallas en el funcionamiento de los equipos del área de procesamiento de LH por des calibración, vida útil o mantenimiento inoportuno y también por las características inapropiadas del agua para el funcionamiento de algunos equipos.			1. Jefe del servicio con aprobación del coordinador del BLH, define un cronograma mensual de procesamiento y control de calidad de la LH, además un cronograma de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de equipos. Esto está sujeto al cumplimiento que del área de mantenimiento y en ocasiones se presentan contingencias. Evidencias: cronograma de mantenimiento, cuadro de turnos, correos electrónicos.	Se evidencia que desde el proceso se da a conocer que el equipo autoclave fue dado de baja lo que puede conllevar a una posible materialización del riesgo, para ello de la OCIG se recomienda se realice la Gestión necesaria para continuar con el proceso de pasteurización de Leche Humana y se cumpla con el cronograma de mantenimiento.
	Possibilidad de pérdida Económica y Reputacional por daños estructurales en áreas críticas de BLH, debido a la ausencia de intervención definitiva de las causales que dan origen a estos daños estructurales			2. Coordinadora del BLH, gestiona recursos internos y externos para la adquisición de nuevos equipos.	Se evidencia la Gestión por parte de la coordinación de BLH para evitar un desabastecimiento en lo que respecta Pasteurización de Leche, no obstante se recomienda revisar el control N° 2 respecto al alcance de la coordinadora respecto a la gestión de recursos externos para adquisición de nuevos equipos.
	Possibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ausencia de infraestructura para centro de preparación de fórmulas infantiles y leche materna (Lactario), debido a la combinación de espacios entre el lactario y área de porcionamiento y distribución de leche humana, generando mayor riesgo de contaminación por cruce de sustancias.			1. Coordinadora del BLH, solicita de manera permanente la solución definitiva de las fallas estructurales, realizando listas de chequeo para verificación de daños y llamado a mejora continua con evidencia fotográfica	Se observa que desde el servicio de BLH se realizó el requerimiento de adecuación de vestier, para lo cual no se han presentado situaciones que conlleven a incumplimiento de la norma y/o procedimientos internos
	Possibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ausencia de infraestructura para centro de preparación de fórmulas infantiles y leche materna (Lactario), debido a la combinación de espacios entre el lactario y área de porcionamiento y distribución de leche humana, generando mayor riesgo de contaminación por cruce de sustancias.			1. Auxiliar de enfermería, encargada de separar la dosificación por horarios entre leche materna y formula infantil con un cronograma mensual, con el fin de reducir el cruce de flora y contaminación de producto	Se observa que se da cumplimiento a la actividad del control a través reunión y cumplimiento al cronograma
DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN	Possibilidad de pérdida Reputacional por incumplimiento por parte del personal docente sobre la cantidad de estudiantes programados y asignados de acuerdo a la norma debido a exceso de compromisos académicos del docente (concurrencia en el programa de medicina)			1. Responsable del área de docencia universitaria, realiza rondas de verificación diaria en conjunto con los coordinadores académicos de las instituciones educativas con quienes el hospital tiene convenio docencia/servicio, con el fin de evaluar el cumplimiento y la concurrencia de la carga académica de los docentes que laboran en el hospital y cuando es necesario se levantan actas.	Se observa que el cumplimiento a la acción N° 2 del Plan de acción, presenta dificultad al cumplimiento de lo competente por parte de las Universidades, desde la OCIG se recomienda revisar el tema en relación al incumplimiento de la asignación de estudiantes por docente y demás temas relacionados, lo anterior con el fin de evitar incumplimiento de la norma según corresponda.
	Possibilidad de pérdida Reputacional por categorización del grupo de investigación en mín ciencias sin mantener, debido a la ausencia de productos científicos derivados de investigaciones.			1. Comité de investigación, realiza aprobación de proyectos de investigación y productos científicos. 2. Comité de investigación, realiza seguimiento a la actualización de hojas de vida de los investigadores en la plataforma mín ciencias	Se evidencia aprobación de proyectos de investigación y productos científicos. No obstante se da cumplimiento al seguimiento de las hojas de vida de los investigadores que hacen parte de la Institución. Se cuenta con listas de asistencia de comité donde se realizaron seguimiento a las hojas de vida
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Possibilidad de pérdida Económica y Reputacional por caída del sistema de información DGH, debido a la ausencia de destinación presupuestal, ausencia de actualizaciones por falta de contrato soporte del HIS, falta de adherencia de protocolo de actualización del HIS, fallas en la red de fluido eléctrico y datos, falta de experiencia del personal			1. Coordinador de GI, presenta en el PAA los requerimientos presupuestales que se necesitan en el área para su funcionamiento en toda la institución, teniendo en cuenta la gestión administrativa con subgerencia y recursos financieros, con el fin de contar con la partida presupuestal oficial para GI.	El líder de Gestión de la Información reportó en el PAA las necesidades que el área requería para la vigencia 2024
				2. Coordinador de GI, anualmente realiza la gestión para garantizar un contrato de soporte vigente con el proveedor de HIS, con el fin de garantizar que el sistema se mantenga actualizado normativamente y funcionalmente.	Actualmente se encuentra vigente el contrato con el proveedor de HIS, con fecha de terminación de contrato a 31 DE Diciembre de 2024
				3. Coordinador de GI, capacita al personal respecto al protocolo de actualización del Sistema de Información Hospitalaria (HIS), con el fin de informar las actividades correspondientes a cada integrante del equipo de GI, que interviene en el protocolo.	El proceso de Gestión de la Información cuenta con la evidencia de socialización de protocolo para actualización de HIS
				4. Técnico operativo de GI, garantiza la ejecución de cronograma de mantenimiento del parque informático del HUDN y UPS de los racks de comunicaciones y suministra los repuestos necesarios, con el fin de garantizar el correcto mantenimiento y funcionamiento de los equipos.	El proceso de Gestión de la Información cuenta con un cronograma de mantenimiento de la infraestructura tecnológica que cuenta el Hospita
				5. Coordinador de GI, debe garantizar que el personal a contratar cumpla con la formación específica y experiencia profesional relacionada a las funciones, con el fin de que se realice ejecución del proceso adecuadamente.	El personal contratado en el proceso de Gestión de la Información cuenta con la formación y experiencia necesaria para cumplir con las actividades requeridas, no obstante no se observa evidencia de capacitaciones de términos específicos, lo que puede ser vulnerable a la posible materialización de riesgos por falta de cumplimiento a las acciones planteadas en el plan de acción

	<p>Possibilidad de pérdida Económica y Reputacional por afectación del rack de comunicaciones por fenómenos naturales, debido a inundaciones, incendios, fenómenos volcánicos y terremotos.</p>		<p>1. Técnico de servidores, realiza actualización del plan de contingencia y ejecución de simulacros del mismo. Los equipos los tienen a una altura adecuada en caso de inundaciones, según los estándares establecidos, tienen acceso restringido de personal.</p>	<p>Actualmente ya se realizó solicitud de clúster en la nube y se cuenta con almacenamiento en la nube de 30 Tb, obteniendo 4 backup diariamente</p>
			<p>2. Tecnico operativo de GI, realiza copia de seguridad de los activos de información misionales, con el fin de salvaguardar la información.</p>	<p>El proceso de Gestion de la Informacion realiza copias de seguridad para lo cual cuentan con la existencia de procedimiento actualizado, no obstante respecto al plan de accion no se cuenta con cumplimiento de la accion lo que puede conllevar a la vulnerabilidad de posibles materializaciones de riesgos en relacion a perdida de la informacion</p>
			<p>2. Coordinador de GI, realiza seguimiento a la ejecución de copias de seguridad a cargo del tecnico operativo, garantizar buenas practicas en el desarrollo de aplicaciones y contemplar en los contratos de aplicaciones con teceros el manejo, capacitaciones, entrega de diccionarios de datos y credenciales de acceso, con el fin de llevar un control e informe de las copias realizadas, teniendo en cuenta la frecuencia y un buen soporte de las aplicaciones internas y externas del HUDN.</p>	<p>El lider de Gestion de la Informacion a traves de informes de supervision mensuales, lleva el control del cumplimiento de las actividades a cumplir en el area, entre estos el relacionado a copias de seguridad.</p>
<p>Possibilidad de pérdida Económica y Reputacional por perdida y/o falla en el acceso de la información, debido a la ausencia de adherencia del procedimiento de copias de seguridad, falla en las aplicaciones del HUDN, fallas en la red de fluido eléctrico y datos, ausencia de politica de copias de seguridad y falta de medios de almacenamiento adecuados y suficientes, para realizar copias de seguridad</p>			<p>3. Tecnico operativo de GI, garantiza la ejecución de cronograma de mantenimiento del parque informatico del HUDN y UPS de los racks de comunicaciones y suministra los repuestos necesarios, con el fin de garantizar el correcto mantenimiento y funcionamiento de los equipos.</p>	<p>El proceso de Gestion de la Informacion cuenta con un cronograma de mantenimiento de la infraestructura tecnologica que cuenta el Hopsitla</p>
			<p>4. Prof. Univ. de TICs, elaborar y gestionar la aprobación de la politica de copias de seguridad institucional, con el fin de contar con el documento estandarizado, publicado y divulgado.</p>	<p>Gestion de la Informacion cuenta con un procedimineto, cronograma y seguimineto al cumplimineto del mismo en relacion a copias de seguridad.</p>
			<p>5. Coordinador de GI, presenta en el PAA los requerimientos suficientes y necesarios de medios de almacenamiento (onpremis o en la nube) que se necesitan en el área para su funcionamiento en toda la institución, teniendo en cuenta la gestión administrativa con subgerencia y recursos financieros, con el fin de contar con los medios adecuados y suficientes para el almacenamiento de información misional.</p>	<p>Las necesidades requeridas para el correcto funcionamiento en referencia a Gestion de la informacion del HUDN, se plasmaron en el PAA vigencia 2024</p>
			<p>NO EXISTE CONTROL, SE REALIZA PLAN DE ACCIÓN</p>	<p>Las acciones plasmadas en el Plan de accion no fueron cumplidas, lo que puede conllevar a un alto grado de vulnerabilidad en la posible materializacion del Riesgo</p>
			<p>NO EXISTE CONTROL, SE REALIZA PLAN DE ACCIÓN</p>	<p>Las acciones plasmadas en el Plan de accion no fueron cumplidas, lo que puede conllevar a un alto grado de vulnerabilidad en la posible materializacion del Riesgo</p>
			<p>NO EXISTE CONTROL, SE REALIZA PLAN DE ACCIÓN</p>	<p>De acuerdo a la información encontrada, se observa que las acciones plasmadas en el Plan de accion no fueron cumplidas, lo que puede conllevar a un alto grado de vulnerabilidad en la posible materializacion del Riesgo</p>
			<p>NO EXISTE CONTROL, SE REALIZA PLAN DE ACCIÓN</p>	<p>De acuerdo a la información encontrada, se observa que las acciones plasmadas en el Plan de accion no fueron cumplidas, lo que puede conllevar a un alto grado de vulnerabilidad en la posible materializacion del Riesgo</p>
			<p>1. Coordinador de GI, presenta en el PAA los requerimientos presupuestales que se necesitan en el área para su funcionamiento en toda la institución, teniendo en cuenta la gestión administrativa con subgerencia y recursos financieros, con el fin de contar con la partida presupuestal oficial para GI.</p>	<p>Las necesidades requeridas para el correcto funcionamiento en referencia a Gestion de la informacion del HUDN, se plasmaron en el PAA vigencia 2024</p>
			<p>1. Auxiliar Administrativo, una vez archivo departamental convalide las TRD, orienta a los funcionarios para que organicen los archivos de gestión de acuerdo como dictan las TRD, con el fin de manejar los archivos adecuadamente, evitando el deterioro de la información en los archivos de gestión</p>	<p>No se da cumplimiento al control debido a que las TRD, aun no se encuentran aprobadas por archivo general del departamento, quedando en un alto grado de vulnerabilidad o posibilidad de la materializacion del riesgo relacionado al colapso del archivo</p>
			<p>2. Auxiliar administrativo, realiza depuración documental a demanda, teniendo en cuenta el previo analisis de los documentos a eliminar, con el fin de liberar espacio para recepcionar transferencias primarias.</p>	<p>En el area de archivo se ha liberado espacio mediante la recepcion de transferencias primarias durante el primer semestre de la vigencia 2024, dando cumplimiento a las actividades descritas en el control</p>
			<p>1. Tecnico operativo de GI, realiza copia de seguridad de los activos de información, con el fin de salvaguardar la información.</p>	<p>El proceso de Gestion de la Informacion realiza copias de seguridad para lo cual cuentan con la existencia de procedimiento actualizado, no obstante respecto al plan de accion no se cuenta con cumplimiento de la accion lo que puede conllevar a la vulnerabilidad de posibles materializaciones de riesgos en relacion a perdida de la informacion</p>
			<p>2. Auxiliar Administrativo, mensualmente realiza el control de seguimiento de la documentación prestada, y en caso de cumplir el tiempo de devolución de documentos se entrega formato de recordatorio, con el fin de conocer el estado de la devolución.</p>	<p>Respecto a la informacion digital y física, se observa la trasabilidad de entrega y devolucion sin reportar ningún caso de perdida de la misma</p>
<p>HOSPITALIZACIÓN</p>	<p>Possibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ocurrencia de evento adverso, debido a insuficiente información al paciente y su familia sobre opciones para retiro o alto voluntario y fallas en la vigilancia y cuidado del paciente hospitalizado</p>		<p>1. Personal de Hospitalización, realizan apego a instructivo (manejo de pérdida de pacientes durante el proceso intrahospitalario y fuga del paciente), en caso de ocurrir un evento adverso, con el fin de garantizar una buena prestación de servicio y solucionar eventos que se puedan presentar.</p>	<p>No se evidencia casos de fugas de pacientes del HUDN</p>
			<p>2. Funcionario conocedor, en caso de ocurrir un evento adverso, debe realizar reporte en el PRYGEA para generar análisis del incidente.</p>	<p>Se cuenta el informe de ranking de eventos adversos, reportes que son realizados en el aplicativo PRYGEA</p>

PLANEACIÓN	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por información requerida para los diferentes requerimientos de la oficina sin validar, debido a uso de fuentes no confiables, ausencia de seguimiento al dato y la no vinculación de stakeholders a procedimientos		1. Profesional Universitario de Planeación, realiza adherencia al procedimiento de validación del dato y confirma el dato con fuentes confiables, con el fin de construir documentos, proyectos e informes con datos certificados y validados.	La oficina de planeación realiza apego a un procedimiento de validación del dato, no obstante desde la OCIG se aclara que no existe un procedimiento y que este término hace referencia a la dinámica o proceso que la oficina de planeación realiza al momento de obtener información
	Posibilidad de pérdida Reputacional por no renovación de Sistema Único de Acreditación SUA y certificación del Sistema Integrado de Gestión SIG, debido a la falta de realización del plan de acción y seguimiento a no conformidades de auditorías, incumplimiento de requisitos del SIG, obsolescencia de la documentación que soporta los procesos de la organización, no haya disposición de presentación para acreditación, carencia de elaboración de procesos de autoevaluación e insuficiente gestión de abordaje de oportunidades de mejora, para mejoramiento institucional.		1. Equipo de Calidad y acreditación, apoya en la estructuración y realiza seguimientos a planes de acción, según formato FRGCA - 018 (registro de seguimiento plan de acción), con el fin de subsanar las no conformidades y las oportunidades de mejora del SUA y del SIG	De acuerdo al boletín y Matriz de mejoramiento institucional, la OCIG evidencia que desde la Oficina de Calidad se han realizado los respectivos seguimientos a los planes de acción, obteniendo como resultado un avance del 52% de cumplimiento a los mismos.
			2. Equipo de Calidad, elabora auditoría interna de los procesos a través de: un contratista externo y/o personal certificado como auditor interno, con el fin de dar cumplimiento a los factores, requisitos de los diferentes sistemas integrados de gestión para su certificación.	La actividad estaba programada para darle cumplimiento en el mes de octubre de año 2024, no obstante después de la verificación que la OCIG realiza, se evidenció que la actividad antes mencionada sería cambiada por la contratación con el ICONTEC donde se capacitaría a personal vinculado con el HUDN.
			3. Profesional de Calidad, realiza control de vigencia de la documentación según procedimiento PRGCA -003, (control de documentos y registros), según numeral 5.10, con el fin de mantener actualizada la documentación que soporta el SIG y SUA.	La Oficina de Planeación realizó la contratación de un profesional de apoyo para realizar la revisión, depuración y actualización de la documentación remitida al área de Calidad desde las diferentes coordinaciones de los procesos.
			4. Asesor de Planeación, realiza trámite y cumplimiento de requisitos de presentación para la acreditación, con el fin de postularse al proceso de acreditación en salud. 5. Asesor de planeación, implementa la ruta crítica de acreditación según lo establecido por ICONTEC, con el fin de llevar a cabo todos los procesos de mejoramiento institucional. Su ejecución esta a cargo de toda la institución.	En la vigencia 2024, el HUDN no recibió visita del ente acreditador, no obstante se realizó una auditoría de HSEQ de la cual no se evidenció ninguna oportunidad de mejora. En la vigencia 2024, el HUDN no recibió visita del ente acreditador, no obstante se realizó una auditoría de HSEQ de la cual no se evidenció ninguna oportunidad de mejora.
QUIROFANOS Y GINECOOBSTETRICIA	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por error en la identificación de un recién nacido, debido a la ausencia de dotación de equipos de atención, y de la misma forma afectando a los recién nacidos que les toca compartir cuna y debido a esto pueden ocurrir confusiones.		1. Jefe encargado del servicio de quirófanos y ginecobstetricia, coloca manilla al recién nacido, realiza apego inmediato a la madre y control del recién nacido, con el fin de evitar confusiones.	Dentro de la vigencia 2024 no se presentaron eventos adversos relacionados con confusión de recién nacidos lo que resulta un control del 100% efectivo dado a la no presentación de eventos adversos relacionados con este tema.
GESTIÓN FINANCIERA	Posibilidad de afectación económica y reputacional por anulación y/o modificación de facturas, debido a error en la parte asistencial por modificación de actividades diarias, devolución de medicamentos por no aplicación de estos, inasistencia a las consultas programadas por parte de usuarios, cancelación de agendas por parte de especialistas, corrección de digitación por la parte administrativa en el cargue de procedimientos.		1. Prof. Esp. y Prof Univ. De Facturación, trimestralmente realizan contingencia para disminuir anulaciones y mejorar la conciliación entre módulos (facturación, cartera, presupuesto y contabilidad), con el fin de unificar datos.	Desde el área financiera tiene establecido unos indicadores relacionados con la anulación de facturas los cuales cuentan con seguimiento al cumplimiento, así mismo al interior del área realizan conciliaciones entre facturación, cartera, presupuesto y contabilidad, no obstante el proceso esta sujeto a auditoría Interna por parte de la OCIG, donde verificará si las conciliaciones son integrales
	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ausencia en la presentación de informes exactos y oportunos, que conlleven a procesos disciplinarios a la gerencia, debido a insuficiente suministro de información por parte de los procesos asociados a esta labor.		1. Personal de cartera, realiza trimestralmente la presentación de los informes del decreto 2193, ACHC, boletín de deudores morosos, circular No. 009 (en caso de no haber gerente titular), circular No. 030; los cuales se pueden consultar en la página de la Supersalud, en la ACHC, Contaduría general de la Nación, oficios remitidos del hospital a la SUPERSALUD, MINSALUD - SISPRO, con el fin de cumplir la norma estipulada.	Dentro de la información revisada en las diferentes plataformas donde el área contable realiza sus reportes, se evidencia informes de 2193 ACHC y boletín de deudores morosos como también informes rendidos a los entes de control
SERVICIO FARMACÉUTICO	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por contaminación microbiana de preparados estériles, debido a incumplimiento de normas de bioseguridad para ingreso de área estéril, contaminación cruzada, no realización de limpieza y desinfección de áreas y equipos en la CMP, no llevar a cabo controles microbiológicos por falta de contratos vigentes con laboratorios, incumplimiento a cronograma de mantenimientos preventivos		1. Contratista especializado, realiza mensualmente, controles y validaciones microbiológicas de las unidades elaboradas en la central de mezclas así como a los ambientes y al personal, lo cual permite verificar que se estén empleando las técnicas de asepsia y antisepsia que garanticen la esterilidad y apirogenicidad de los preparados.	El servicio Farmacéutico a través de su coordinación de manera mensual realiza control y validación de microbiológicos de las unidades, al ambiente y el personal del área de central de mezclas, eventos que se registran en el informe del proveedor.
	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por cierre parcial o total de central de mezclas parenterales y central de gases medicinales, debido a daños de infraestructura, daños de equipo, falta de personal, ausencia de contratos de mantenimiento,		1. Director técnico de servicio farmacéutico, realiza Plan Anual de Adquisiciones y gestiona con junta directiva presupuesto 2. Jefe de control de calidad, realiza ECO y cronograma de mantenimientos	En la página institucional y en SECOP, se encuentra publicado el Plan anual de Adquisiciones donde se evidencia la inclusión de mantenimiento de la CMP El HUDN cuenta con la contratación con VALIDARW para realizar el mantenimiento trimestralmente a las cabinas y el sistema de aire estéril.
	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por recepción productos farmacéuticos fraudulentos o adulterados, debido a la selección inadecuada de proveedores y la no realización de inspección técnica de los productos recibidos		1. Director técnico y químico farmacéutico, realizan evaluación técnica de requisitos habilitantes, evaluación antes de contratar y auditoría a proveedores críticos, por otra parte regente de farmacia con verificación de químico farmacéutico realizan inspección administrativa y técnica de los productos recibidos.	En el servicio farmacéutico se realizó el Estudio Previo para realizar las evaluaciones técnicas de requisitos habilitantes, cuya información se evidenció en el SECOP las cuales quedan cargadas en cada uno de los procesos en el SECOP II.
	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por errores en la dispensación, debido a confusión y no semaforización en medicamentos LASA y alto riesgo, duplicidad u omisión de medicamentos, desconocimiento de medicamentos por parte del personal, doble formulación, falla en la calidad de doble chequeo, deficiencia en la aplicación de los 5 correctos, confusión en el alistamiento y almacenamiento de productos.		1. Auxiliares de farmacia, antes de surtir los medicamentos, emplean técnica de codificación de colores, lo cual permite de manera visible alertar sobre productos LASA, y medicamentos de alto riesgo, disminuyendo la probabilidad de errores de dispensación, lo cual se evidencia mediante el registro de calidad de "suministros sin confirmar".	Los auxiliares de Farmacia realizan el alistamiento, clasificación y semaforización de medicamentos, así mismo el servicio farmacéutico cuenta con indicadores que son monitoreados trimestralmente en relación a medicamentos, así mismo dentro de los reportes de eventos adversos no se evidencia la ocurrencia de los mismos.
SOPORTE TERAPÉUTICO	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanción pecuniaria por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, debido a la deficiente calidad del dato en el informe de la resolución 247 de cuentas de alto costo		1. Auxiliar del área de la salud, de manera diaria, generan reporte a eps de los pacientes con diagnóstico de alto costo a través de los reportes de HC.	Dentro del presente seguimiento se evidenció la remisión de envío de cuentas de alto costo a los correso de las diferentes EPS.
	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por presentación de eventos adversos, debido a extravasación de medicamentos citotóxicos, no diligenciamiento de listas de chequeo en el servicio de hemodiálisis y cálculo incorrecto de soporte enteral y parenteral		1. Auxiliar de enfermería, realiza registro en la lista de chequeo o lista de recepción del paciente, con el fin de evitar confusiones del mismo 2. Nutricionista, realiza proceso de inducción al personal de nutrición nuevo según las necesidades y capacitación constante para cálculo correcto de soporte nutricional.	En el servicio de Soporte Terapéutico se observó la aplicación de Isirtas de chequeo para pacientes de quimioterapia, procedimiento que es corroborado por el área de seguridad del paciente. Se cuenta con listas de asistencia a procesos de inducción y capacitación que el proceso intermedietario realiza para profesionales en nutrición en relación al cálculo correcto de soporte nutricional.

CONCLUSIONES

1. El Hospital Universitario Departamental de Nariño para la vigencia 2024 identificó 123 riesgos de proceso, de los cuales 18 riesgos se encuentran valorados como bajos 80 valorados como medios, 21 valorados como altos y 4 valorados como extremos siendo estos dos últimos el objeto de seguimiento para la Oficina de Control Interno de Gestión.
2. El procedimiento PRGES-011 V2 ya se encuentra actualizado respecto a la Versión 6, y a las matrices presentadas por la oficina de planeación.
3. La oficina de Control Interno de Gestión realizó auditoria especial al proceso de Gestión de la información por la materialización de 3 riesgos, para lo cual dicha área presentó plan de mejora, y en su debido momento activo plan de contingencia para subsanar de alguna manera la situación presentada.
4. Considerando la identificación, valoración y establecimiento de controles de los riesgos como pilar fundamental en la gestión del riesgo, desde la oficina de control interno de Gestión, se recomienda realizar un análisis de la matriz entre el área de planeación y los líderes de procesos para depurar y/o modificar los riesgos, y así considerar exclusivamente los de impacto para la institución y una amenaza al cumplimiento de los objetivos institucionales
5. La Oficina de Control Interno de Gestión, para dar cumplimiento al seguimiento a los riesgos institucionales toma como muestra principal los riesgos que se encuentran valorados como altos y extremos.
6. Se reitera que el proceso de ambiente físico identificó 17 riesgos, de los cuales 12 se encuentran valorados como bajos, por tal razón se recomienda realizar una revisión para replantear la valoración de los mismos o tener presente la recomendación respecto a un análisis para una posible depuración.



OMAR ERENESTO CORDOBA SALAS
Asesor Control Interno de Gestión
Hospital Universitario Departamental de Nariño

Proyecto: Diana Zambrano Villota
Profesional Universitario OCIG