
 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>MT: 800204153-7 Cra 26 No 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	CONTROL INTERNO	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL	CODIGO:	CI-FO
		PÁGINA:	Página 1 de 10

Enero- 02-2026

Doctora

LEOANIS GONZALEZ MARTINEZ

GERENTE

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA

Referencia: Informe seguimiento mapa de riesgo 2025.

Objetivo

Realizar seguimiento a la implementación, actualización y efectividad del Mapa de Riesgos institucional de la ESE bajo el enfoque del Sistema Integral de Administración del Riesgo (SIAR), verificando la gestión de los riesgos estratégicos, operativos, financieros, asistenciales y de cumplimiento normativo.



Alcances de la auditoria

1. Determinar la calidad de los controles definidos y monitorear si las acciones realizadas tienden a gestionar los riesgos según las medidas de respuesta exigidas
2. Proponer ajustes, observaciones y recomendaciones
3. Verificación de la actualización del mapa de riesgos por procesos.
4. Evaluación de la ejecución de los planes de tratamiento.
5. Análisis de indicadores de materialización.
6. Revisión de soportes documentales.
7. Evaluación del nivel de efectividad de los controles implementados.

Soportes de la auditoria

- ✓ Mapa de riesgos por procesos
- ✓ Mapa de riesgos asistenciales
- ✓ Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública
- ✓ Demás normas aplicables

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 1 de 10	

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NTT: 000204153-7 Cra 26 No 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	CONTROL INTERNO	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL	CODIGO:	CI-FO
		PÁGINA:	Página 2 de 10

✓ la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y la Norma Técnica Colombiana ISO 31000.

Áreas involucradas

Procesos y subprocesos con los respectivos mapas de riesgos por procesos, asistenciales y de corrupción vigentes.

Metodología:

Se realiza verificación en sitio con cada uno de ellos coordinadores y líderes responsables de los mapas de riesgos por proceso, asistenciales y de corrupción cuyo riesgo residual es alto o extremo, evaluando la efectividad de los controles implementados.

Se aplicaron las siguientes técnicas:

Revisión documental del mapa de riesgos vigente.

Entrevistas con líderes de proceso.

Verificación selectiva de evidencias.

Evaluación comparativa entre riesgo inherente y riesgo residual.

Análisis de cumplimiento de los planes de acción.

1. RESULTADO SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESOS

Teniendo en cuenta la metodología establecida en la resolución interna, y en la política de gestión del riesgo, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere la participación de las tres líneas de defensa, por lo que en el presente informe se incluye el seguimiento realizado a cada una de las líneas, con el fin de verificar su desarrollo y efectividad.

1.1 IDENTIFICACION DE RIESGOS



Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 2 de 10	

En la política de gestión de riesgo, lineamientos frente a la administración de riesgo, menciona que la administración de riesgos de la ESE Hospital San Vicente de paúl armonizara con el modelo de operación por procesos definido en la institución.

Para verificar la armonización de la gestión de riesgos con el modelo de operación por procesos, se verifica los riesgos con el mapa de procesos, dando como resultado lo siguiente:

PROCESOS ESTRATEGICOS		
PROCESO	MAPA DE RIESGO	PORCENTAJE
Planeación	Tiene mapa de riesgo	100%
Calidad	Tiene mapa de riesgo	100%
Siau	Tiene mapa de riesgo	100%
Epidemiología y salud publica	Tiene mapa de riesgo	100%

PROCESOS DE APOYO			
PROCESO	SUB PROCESO	MAPA DE RIESGO	PORCETAJE
Almacén		Tiene mapa de riesgo	100%
Sistemas		Tiene mapa de riesgo	100%
Gestión de ambiente físico	Mantenimiento	Tiene mapa de riesgo	100%
Gestión administrativa	Auditorias de cuentas	Tiene mapa de riesgo	100%
	Cartera	Tiene mapa de riesgo	
	Facturación	Tiene mapa de riesgo	
Gestión ambiental		Tiene mapa de riesgo	100%
Talento humano		Tiene mapa de riesgo	100%
Gestión documental		Tiene mapa de riesgo	100%
Contratación		Tiene mapa de riesgo	100%
Contabilidad y		Tiene mapa de riesgo	100%

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NT: 000204152-7 Cra 26 No 17-124 Tel 094-7732980 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	CONTROL INTERNO		MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL		CODIGO:	CI-FO
		PÁGINA:	Página 4 de 10	

financiera			
Jurídica		Tiene mapa de riesgo	100%
Seguridad de salud en el trabajo		Tiene mapa de riesgo	100%
Servicios de apoyo	Alimentación	Tiene mapa de riesgo	100%
	Aseo	Tiene mapa de riesgo	100%
	Vigilancia	Tiene mapa de riesgo	100%

1.2 PRIMERA LINEA DE DEFENSA

Siguiendo los lineamientos de la política de administración del riesgo de la resolución N° 0055 de 2018 en su artículo primero, punto 5 donde dice que la revisión periódica del mapa de riesgo para evaluar la efectividad de las acciones de mitigación e identificación de nuevos riesgos.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESOS

PROCESO	PRIMERA LINEA DE DEFENSA
ALMACEN	100%
GESTION AMBIENTAL	100%
AUDITORIA MEDICA	100%
CALIDAD	100%
CARTERA	100%
FACTURACION	100%
SISTEMAS	100%
CONTRATACION	100%
PLANEACION	100%
FINANCIERA	100%
GESTION DOCUMENTAL	100%
JURIDICA	100%
MANTENIMIENTO	100%
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%
SIAU	100%
SISTEMAS	100%
TALENTO HUMANO	100%

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 4 de 10	



CONTROL INTERNO

MECI 1000:2014



MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

CODIGO:

CI-FO

PÁGINA:

Página 5 de 10

CARACTERIZACIÓN DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES

Los riesgos institucionales identificados, valorados y priorizados tienen las siguientes connotaciones:

- En total, para la gestión del riesgo institucional de la vigencia 2025, se priorizaron 4 riesgos catalogados como institucionales transversales, es decir, aquellos clasificados dentro de las zonas de exposición Alta o Extrema y que pueden afectar el cumplimiento de la misión institucional y objetivos del Hospital San Vicente de Paul E.S.E.
- De acuerdo con el grado de exposición del riesgo, el 70% de estos se ubican en la zona de riesgo extrema y el otro 30% en la zona de riesgo Alta.

No.	Riesgo	Descripción del Riesgo	Tipo de Riesgo
1	Errores en la identificación del paciente	La identificación incorrecta del paciente cuando ingresa una institución de salud puede llevar a la ocurrencia de errores durante la prestación del servicio	Riesgo clínico
2	Comunicación inefectiva	Inadecuada comunicación entre el personal que atiende al paciente lo que conlleva a error prevenibles durante el proceso de atención en salud	Riesgo clínico
3	Errores en la administración de medicamentos	El error en el proceso de administración de medicamento se produce por una baja adherencia al cumplimiento en los 7 correctos para la administración segura de	Riesgo clínico

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 5 de 10	

		medicamentos	
4	Procedimiento quirúrgico incorrecto	Errores durante los procedimientos quirúrgicos, antes, durante, después del procedimiento. No verificación adecuada del procedimiento correcto, del paciente correcto, del lado correcto	Riesgo clínico

2. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS ENERO-JUNIO 2025.

Para el seguimiento de los riesgos, contamos con una matriz que es enviada con frecuencia mensual, por cada uno de los servicios de salud al Programa de Seguridad del Paciente, los 10 primeros días del mes siguiente al reportado, y desde el programa se realiza una revisión interna y se socializa en Comité Institucional de Seguridad del Paciente. Por la dinámica anterior, para cada seguimiento cuatrimestral, se contará con información de cada trimestre.

3. 3. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS JULIO – DICIEMBRE 2025.



Para el seguimiento de los riesgos en el segundo semestre del año 2025, en el cual se implementó el manual de riesgos y manual de contratación con el fin de estar a la vanguardia con los nuevos lineamientos del ministerio en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y la Norma Técnica Colombiana ISO 31000.

A la vez la matriz de riesgos fue actualizada con los líderes de los procesos teniendo bajo el enfoque del Sistema Integral de Administración del Riesgo (SIAR), verificando la gestión de los riesgos estratégicos, operativos, financieros, asistenciales y de cumplimiento normativo, siendo esta actualizada y socializada en la ese.

Se revisa periódicamente el comportamiento de los riesgos.

- Indicadores de riesgo
- Auditorías internas
- Reporte de eventos adversos

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 6 de 11	

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</p> <p>NTT: 000204153-7 Cra. 26 N° 17-124 Tel 034-7732742 - FAX 034-7732910 Barrio San Pedro</p>	CONTROL INTERNO	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL	CODIGO: CI-FO	PÁGINA: Página 7 de 11

- Comités institucionales

Ejemplos de comités:

- Comité de seguridad del paciente
- Comité de infecciones
- Comité de calidad

Resultado esperado del SIAR en la ese

- Reducción de eventos adversos
- Mejor calidad de atención
- Mayor seguridad del paciente
- Cumplimiento normativo
- Mejor gestión institucional

ACCIONES DE INTERVENCIÓN DESDE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

A la luz de estos resultados en el primer semestre 2025, desde el equipo de seguridad del paciente (eventos adversos internos) se realizarán las siguientes actividades para alcanzar un mejoramiento en la calidad de la atención en salud y adherencia al 100% de los procesos para la gestión de los eventos adversos internos:



- Capacitación y reinducción en gestión de eventos adversos y su análisis a cada uno de los servicios (coordinadores y personal encargado de seguridad del paciente) para la vigencia 2025. Se presentará cronograma de trabajo en el mes de mayo.
- Continuar con seguimiento a planes de mejoramiento institucional teniendo una meta definida mensual para la reducción de los eventos e incremento de los reportes de incidentes e indicios de atención insegura.
- Transición de planes de mejoramiento al sistema con apoyo de la oficina de calidad y establecer meta por servicio para la reducción de los eventos.
 - Solicitud de soportes escaneados de los reportes, matriz y acta de análisis mensual del 100% de los servicios. Para que la información repose en la oficina de seguridad del paciente.

3.1 SEGÚNDA LINEA DE DEFENSA

- ✓ En la la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y la Norma Técnica Colombiana ISO 31000.

EN SU ARTICULO N ° 1 numero 6 donde dice “la fomentación de la cultura del autocontrol en los colaboradores de la entidad orientada a la gestión del riesgo. La

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 7 de 11	

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NT: 800204153-7 Cra 26 No 17-124 Tel 004-7732980 - FAX 004-7730510 Barrio San Pedro</small></p>	CONTROL INTERNO		MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL		CODIGO:	CI-FO
		PÁGINA:	Página 7 de 10	

- Solicitud de soportes escaneados de los reportes, matriz y acta de análisis mensual del 100% de los servicios. Para que la información repose en la oficina de seguridad del paciente.

2.1 SEGUNDA LINEA DE DEFENSA

- ✓ En la la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y la Norma Técnica Colombiana ISO 31000.

EN SU ARTICULO N ° 1 numero 6 donde dice “la fomentación de la cultura del autocontrol en los colaboradores de la entidad orientada a la gestión del riesgo. La presente política se establece dentro del marco normativo, legal y del sistema integrado de gestión y se encuentra alineado con los objetivos institucionales” los cuales deben estar alineados con la dimensión de MIPG de control interno, que se desarrolla con el MECI, a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESOS

El área de control interno realizo seguimiento a los mapas de riesgo por procesos el 06 de noviembre de 2025, donde se verifica los riesgos y sus controles y se establece la metodología impartida por la función pública para modificar los mapas de riesgos de proceso y de corrupción existentes y generar otros actualizados. Se recomienda realizar controles y acciones los cuales permitirán la mitigación de los riesgos, realizando los planes de mejoramiento por área o por proceso dentro de la ESE.

SEGUIMIENTO A RIESGOS ASISTENCIALES



La segunda línea de defensa realizo seguimiento a la ejecución del ciclo de gestión del riesgo de seguridad del paciente de los programas institucionales de la ESE HOSPITAL SAN VICETE DE PAUL, mediante la revaloración de cada riesgo y estableciendo el riesgo residual junto con la formulación de nuevas acciones del plan de control.

2.2 TERCERA LINEA DE DEFENSA

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESOS

De acuerdo a la metodología establecida por la ESE, se realizó seguimiento y evaluación por parte de la oficina de control interno a los riesgos por proceso.

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 7 de 10	

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NTT: 000204153-7 Cra 26 No 17-124 Tel 034-7732980 - FAX 034-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	CONTROL INTERNO		MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL		CODIGO:	CI-FO
		PÁGINA:	Página 8 de 10	

Evaluación de la efectividad de los controles:

En el marco del seguimiento directo que realizó la oficina de control interno, no se detectó la materialización de ningún riesgo. El total de los riesgos son No.20. De igual manera en la verificación mensual que realiza la oficina de control interno al SIA OBSERVA y SECOP II, se detectó que en los meses de enero a marzo se presentaron extemporaneidades en la publicación en las plataformas. Si bien los controles aplicados habían sido efectivos durante parte del 2025; los mismos a pesar de ser ejecutados, no mitigaron el riesgo.



En el marco del comité institucional de control interno La Alta dirección luego del análisis de la información aportada por la oficina de planeación, establece la necesidad de actualizar la matriz de riesgo, al igual que el código de ética y buen gobierno y código de integridad , en cumplimiento de las circulares externas 4-5 de 2021 y 5-5 de 2021 de la Supersalud, y solicita que se tomen las acciones pertinentes en pro de establecer un enfoque preventivo, acorde a los riesgos críticos a los que está expuesta la institución.

Recomendación de control interno: Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que la oficina asesora jurídica gestione de manera oportuna en conjunto con la oficina de Planeación, los correctivos o aclaraciones a las observaciones, con el fin de tomar las medidas que mitiguen el riesgo y eviten nuevas materializaciones en la presente vigencia.

Es necesario fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de tomar correctivos oportunos e iniciar acciones frente a las desviaciones producto de la aplicación de los controles. Para esto se requiere que los líderes de proceso conozcan el proceder frente a la materialización de los riesgos. Por lo tanto, se recomienda que la oficina de planeación en los monitoreos o en la estructuración de los mapas de riesgos, capaciten sobre la ocurrencia de estos hechos y brinde la asesoría necesaria.

- Siendo este el primer seguimiento y teniendo en cuenta que algunos controles, se requiere para el seguimiento, un trabajo directo con los líderes de procesos con el fin de evaluar de manera más directa la efectividad de los controles, desde la perspectiva de los contratistas o funcionarios que ejecutan estos. Las mesas de trabajo serán necesarias, para ello, se estará apartando el espacio designado en el calendario con suficiente antelación

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
		DCTO	CONTROLADO
LUIS FERNANDO PADILLA		Página 8 de 10	

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NT: 000204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 004-7735742 - FAX 004-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	CONTROL INTERNO	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL	CODIGO:	CI-FO
		PÁGINA:	Página 9 de 10



Realizar seguimiento a la implementación, actualización y efectividad del Mapa de Riesgos institucional bajo el enfoque del Sistema Integral de Administración del Riesgo (SIAR), verificando la gestión de los riesgos estratégicos, operativos, financieros, asistenciales y de cumplimiento normativo.

Se observa avance en la implementación del SIAR; no obstante, persisten oportunidades de mejora en:

- Cultura de gestión del riesgo.
- Seguimiento sistemático.
- Integración del riesgo en la planeación estratégica.
- Articulación entre procesos administrativos y asistenciales.

Se evidencia que la gestión del riesgo aún es reactiva en algunos procesos, y no plenamente preventiva

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 9 de 10	

 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NT: 800204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	CONTROL INTERNO	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL	CODIGO: CI-FO	PÁGINA: Página 10 de 10

RECOMENDACIONES MAPA DE RIESGOS POR PROCESO Y ASISTENCIALES.

- ✓ Se debe fortalecer el diseño de los controles en cada uno de los programas, de acuerdo con la política de riesgo, el control debe incluir propósito, periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite tener claridad en la descripción lo que facilita consulta y seguimiento apropiado, así como una evaluación objetiva de la ejecución del plan de control.
- ✓ Se debe dar cumplimiento al manual de riesgos por partes de todos los procesos de la ese.
- ✓ Unificar criterios de evaluación de los controles para las 3 líneas de defensa para los mapas de riesgos por procesos administrativos con el fin de homogenizar la trazabilidad de los mismos.
- ✓ Crear metodología para el reporte de materialización de riesgos asistenciales y administrativos con el fin de llevar trazabilidad de los mismos y generar plan de acción para mitigar o evitar la ocurrencia.
- ✓ Definir los riesgos de los procesos asistenciales, teniendo en cuenta los riesgos no solo del programa de seguridad del paciente sino los demás riesgos representativos que puedan presentarse, con el fin de que los líderes de procesos coadyuven a la gestión de riesgos.
- ✓ Tener en cuenta los tiempos para implementar los compromisos realizados para documentar controles que mitiguen los riesgos de procesos con el fin de evitar la materialización de los mismos.
- ✓ Actualizar el mapa de riesgos mínimo semestralmente basada en el SIAR
- ✓ Implementar indicadores de efectividad de controles.
- ✓ Establecer cronograma institucional de seguimiento.
- ✓ Capacitar a líderes de proceso en administración del riesgo.
- ✓ Integrar el SIAR con el Plan de Desarrollo Institucional y el POA.

Luis Fernando Padilla Montes
Ing. LUIS FERNANDO PADILLA MONTES
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Elaborado por:	CALLE 26 No 17-124 Barrio San Pedro LORICA -CORDOBA TEL: (604) 7732980 email:hospitalorica@gmail.com	VERSION	001
LUIS FERNANDO PADILLA		DCTO	CONTROLADO
		Página 10 de 10	