

107

Popayán, 02 de diciembre de 2025

Doctor

JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES

Gerente Hospital Universitario San José E.S.E.

Popayán

ASUNTO: INFORME DE RIESGOS POR PROCESOS PRIMER SEMESTRE 2025.**INFORME DE RIESGOS POR PROCESOS PRIMER SEMESTRE AÑO 2025.**

En cumplimiento de la Política de Administración de Riesgos, la oficina de Planeación como segunda línea de defensa, presentó los resultados de la gestión del riesgo del primer semestre 2025, con base en el análisis exhaustivo de la matriz de riesgos de los procesos asistenciales y administrativos, diseñada para la recopilación y consolidación de información y las acciones implementadas por los coordinadores y líderes de cada proceso para mitigar los riesgos asociados a cada uno de estos, este seguimiento permite identificar el estado actual de los controles y su efectividad, a través de la identificación, evaluación y control de los riesgos inherentes y residuales, para garantizar la seguridad de los pacientes, de los colaboradores y de la infraestructura hospitalaria y propender por el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que presta la institución, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente y los estándares de calidad establecidos que contribuyen al logro de sus objetivos misionales.

RESULTADOS DE LA ACTUALIZACION

Durante el primer semestre de 2025, la oficina de Planeación realizó la revisión y ajuste de los mapas de riesgos por procesos, según metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, basados en la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas” versión 6 de diciembre de 2022.

Según Planeación, los procesos que entregaron la matriz de riesgos fueron sesenta y ocho (68) procesos 37 Administrativos y 31 asistenciales, quedando pendientes los procesos de: venta de servicios, lavandería y vigilancia. Lo que se evidenció en un cumplimiento general del 95.6% en la entrega de matrices de riesgo por parte de los procesos institucionales lo que refleja un buen nivel de ejecución.

IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS

En esta tabla se observan 68 riesgos de gestión, correspondientes a 37 riesgos administrativos y 31 riesgos asistenciales, se establecieron y entregaron 34 administrativos de 37 posibles y 34 asistenciales, para un total de 68 riesgos para un avance de cumplimiento del 95.6 % para la vigencia 2025 primer semestre.

PROCESOS 2025	PROGRAMARON	EJECUTARON	%
ADMINISTRATIVOS	37	34	91,9
ASISTENCIALES	31	31	100,0
TOTAL	68	65	95,6

Durante el periodo de seguimiento, se evidenció el cumplimiento del 100% por parte de los procesos asistenciales lo cual representa un impacto positivo en el marco del fortalecimiento del sistema de gestión del riesgo institucional.

ANÁLISIS DETALLADO BASADO EN LOS DATOS PROPORCIONADOS

PROCESOS ADMINISTRATIVOS:

- Cantidad Programada: 37 actividades relacionadas con la gestión de riesgo en estos procesos.
- Cantidad Ejecutada: 34, de las 37 actividades programadas, lo que significa que el 91,9% de lo programado fue ejecutado. Aunque el porcentaje de ejecución es alto, queda una brecha del 8.1% que indica que 3 actividades no fueron realizadas.

Es de gran importancia conocer los factores por los cuales los tres procesos mencionados no entregaron la información correspondiente al mapa de riesgos, para de esta manera realizar la planificación y ejecución de las actividades tendientes a corregir los problemas presentados y realizar la gestión de los mapas de riesgos.

PROCESOS ASISTENCIALES:

- Cantidad Programada: 31 actividades.
- Cantidad Ejecutada: 31 actividades.
- Porcentaje de Ejecución: 100% lo que demuestra un alto grado de compromiso, responsabilidad y apropiación del enfoque preventivo por parte de las áreas asistenciales.

CLASE DE RIESGOS: En los 68 mapas de los procesos institucionales, se definieron 316 riesgos distribuidos en las clases de riesgos propuestos por la Supersalud como lo muestra la siguiente tabla:

TIPOS DE RIESGOS SEGÚN LA SUPERSALUD	PRIMER SEMESTRE 2025			
	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES	TOTAL	%
OPERACIONALES	78	235	313	99
DE CREDITO	1	0	1	0,3
LAFT	1	0	1	0,3
REPUTACIONAL	1	0	1	0,3
TOTAL	81	235	316	100%

A 31 de julio de 2025 los 316 riesgos fueron objeto de evaluación con las evidencias aportadas o bien de la aplicación de los controles, o de las actividades de mejora cuando aplicaron, lo que equivale al 100% de su seguimiento.

VALORACION DE LOS RIESGOS

Cada riesgo identificado fue evaluado permitiéndonos la priorización de los riesgos, con un enfoque en aquellos con alta probabilidad y alto impacto. La valoración de los riesgos antes de aplicación de los controles (riesgo inherente), y después de la aplicación de los mismos (riesgo residual), arrojó como resultado que los 316 riesgos quedaran distribuidos en el mapa de calor, en las zonas de riesgo que muestra la siguiente gráfica:

ZONAS DE RIESGO INHERENTE

- **Extremo (Rojo):** Representa el riesgo más alto. Cualquier actividad o proceso que se encuentre en esta categoría requiere atención inmediata, ya que podría tener consecuencias catastróficas para el hospital, tanto a nivel operativo como de seguridad del paciente.
- **Alto (Naranja):** Aunque no es tan crítico como el riesgo extremo, sigue siendo una categoría que demanda acción inmediata para mitigar posibles impactos adversos.
- **Moderado (Amarillo):** Los riesgos en esta categoría requieren una gestión activa, pero no necesariamente acciones inmediatas. Sin embargo, es importante monitorizar estos riesgos para evitar que escalen a una categoría superior.
- **Bajo (Verde):** Este nivel indica un riesgo aceptable que probablemente ya está controlado adecuadamente. Sin embargo, es importante mantener medidas preventivas.

ZONA DE RIESGO RESIDUAL

ZONA DE RIESGO RESIDUAL 2025	R. ADMINISTRATIVOS	R. ASISTENCIALES	TOTAL
EXTREMO	0	0	0
ALTO	0	0	0
MODERADO	30	59	89
BAJO	56	152	208
TOTAL	86	211	297

ZONA DE RIESGO INHERENTE

ZONA DE RIESGO INHERENTE 2025	R. ADMINISTRATIVOS	R. ASISTENCIALES	TOTAL
EXTREMO	0	2	2
ALTO	31	15	46
MODERADO	43	120	163
BAJO	16	61	77
TOTAL	90	198	288

RESULTADOS OBTENIDOS

Riesgo inherente (antes de controles)

TOTAL: 288 riesgos identificados

ALTOS Y EXTREMOS: 48 riesgos (17%) lo que evidencia vulnerabilidades importantes en procesos tanto asistenciales como administrativos.

MODERADOS: 163 riesgos (56%) constituyendo el principal grupo de atención.

BAJOS: 77 riesgos (27%).

Riesgo Residual (Después de los controles)

TOTAL: 297 riesgos identificados

ALTOS Y EXTREMOS: 0 riesgos, lo que evidencia un eficaz uso de los controles.

MODERADOS: 89 riesgos (30%)

BAJOS: 208 riesgos (70%).

Es importante destacar la buena función que han ejercido los controles para llevar los riesgos altos y extremos a un porcentaje del 0%, esto demuestra que las medidas de mitigación son eficaces y pertinentes, tanto en procesos asistenciales como administrativos y no solo lograron neutralizar los riesgos críticos, sino que también disminuyeron significativamente los riesgos intermedios.

CONCLUSIONES

- De los 68 riesgos identificados (37 administrativos y 31 asistenciales), 65 fueron abordados, lo que representa un cumplimiento general del 95.6%. Esto es un avance significativo, pero aún existe una brecha del 4.4% (3 procesos no completados), que deberá ser gestionada en los siguientes periodos para asegurar la cobertura completa.
- Se logró reducir el 100% de los riesgos extremos y altos lo que demuestra que las medidas de control son eficaces.
- Los riesgos fueron identificados y clasificados según su probabilidad e impacto, aplicando una metodología estandarizada del DAFP. El hecho de que todos los riesgos hayan sido objeto de evaluación (100% seguimiento) demuestra un fuerte compromiso con la administración del riesgo.
- Falta de Adherencia a Protocolos: La causa más común de los riesgos en los procesos es la falta de adherencia a guías, protocolos y procedimientos. Esto señala una debilidad en la implementación de buenas prácticas y en la cultura organizacional del cumplimiento.

RECOMENDACIONES

- ✓ Es de gran importancia conocer los factores por los cuales los tres procesos mencionados no entregaron la información correspondiente al mapa de riesgos, para de esta manera realizar la planificación y ejecución de las actividades tendientes a corregir los problemas presentados y realizar la gestión de los mapas de riesgos.
- ✓ Mantener actualizado guías, protocolos, procesos y procedimientos tanto administrativos como asistenciales.
- ✓ Socializar los mapas de riesgo por lo menos dos veces al año en cada proceso a cargo de sus respectivos coordinadores para la prevención y mitigación de los riesgos.

CONTROL INTERNO

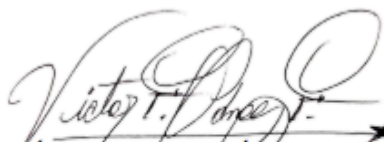
FO-ARH-01

Versión: 05

Página **6 6**

- ✓ Realizar planes de mejora para los procesos que no presentaron riesgos.
- ✓ Continuar con la educación y capacitación del personal en gestión del riesgo.
- ✓ Aplicar sistemáticamente las herramientas definidas para evaluar la adherencia a guías, protocolos y procedimientos a todo el talento humano institucional independiente de su modo de vinculación y de sus actividades administrativas y/o asistenciales.

Atentamente,



VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
ASESOR OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESE POPAYÁN