

|  |  |                         |                         |   |
|--|--|-------------------------|-------------------------|---|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         |  |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                      | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |   |

**EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL DE LOS MESES DE MAYO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE LA VIGENCIA 2023 DE LA E.SE. HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.**



HOSPITAL MENTAL  
**Rudesindo Soto**

### ***E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO***

Es la única institución de orden Departamental de segundo nivel de complejidad, que presta sus servicios de atención especializada en psiquiatría y salud mental al Departamento de Norte de Santander, cuenta con un equipo humano altamente calificado y la tecnología apropiada que garantiza la atención de los usuarios. La ESE se ha caracterizado por su liderazgo en el sector público y privado en la prestación de servicios de salud mental, este liderazgo continúa siendo el reto de la entidad en las condiciones de cambio acelerado que nos impone la sociedad a nivel tecnológico, científico, económico y social. Siendo la Única Institución del sector público en el departamento, por su ubicación geográfica no solo presta sus servicios a la población del Norte de Santander, si no a la Población de Arauca y Sur del departamento de Cesar, provincias del departamento de Santander que limitan con nuestro departamento y la población de los estados venezolanos cercanos que tienen documentos colombianos.

Calle 22 Avs. 19A y 19B Barrio San José – Teléfonos: 5823992 – 5824938 – 5824937 – Cel.: 320 3048245  
e-mail: hosmentalcucuta@hotmail.com WEB: www.hmrudesindosoto.gov.co

|  |  |                         |                         |   |
|--|--|-------------------------|-------------------------|---|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         |  |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                      | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |   |

## **EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL DE LOS MESES DE MAYO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE LA VIGENCIA 2023 DE LA E.SE. HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.**

### **INTRODUCCION Y ALCANCE**

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la ley 87 de 1993 le corresponde a la oficina de control interno asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, a la matriz de riesgos institucionales del segundo cuatrimestre de los meses de mayo, junio, julio y agosto de la vigencia 2023 de la E.S.E Hospital Mental Rudesindo Soto

### **SOPORTES – NORMATIVIDAD**

Resolución No. 0316 del 04/11/2022, “Por medio de la cual se adopta el sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos en la E.S.E HMRS.

Resolución No. 0344 del 30/11/2022, “Por medio de la cual se adopta la política para la administración de los riesgos del sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas en la E.S.E HMRS, artículo No. 6. Seguimiento, la oficina de planeación en compañía con la oficina de control interno realizara trimestral y cuatrimestral, el seguimiento a la política de administración del riesgo implementada en la entidad de acuerdo a su nivel de responsabilidad definidos en la línea de defensa a fin de determinar su nivel de apropiación y materialidad establecido en la ley y la jurisprudencia, de tal manera establecer la formulación de planes de mejoramiento, si hubiere lugar

Resolución No. 0345 del 30/11/2022, “Por medio de la cual se adopta la Política del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, opacidad y fraude de la E.S.E HMRS, artículo No. 6. Verificación, la oficina de planeación y calidad adelantara la verificación y elaboración del sistema de administración de Riesgo de Corrupción, opacidad y fraude, así como el seguimiento y control a la implementación y avances de las actividades previstas en el desarrollo del sistema, por parte de los líderes y coordinadores de los procesos.

El artículo 17 del decreto 648 del 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de la oficina de control interno de la E.S.E. Hospital Mental Rudesindo Soto, en cumplimiento de su rol de seguimiento y evaluación, verificación de las acciones que se adelantaron durante la vigencia 2023 por parte de los procesos misionales

Calle 22 Avs. 19A y 19B Barrio San José – Teléfonos: 5823992 – 5824938 – 5824937 – Cel.: 320 3048245  
e-mail: hosmentalcucuta@hotmail.com WEB: www.hmrudesindosoto.gov.co

|  |  |                         |                         |   |
|--|--|-------------------------|-------------------------|---|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         |  |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                      | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |   |

## OBJETIVOS

Se evalúa el seguimiento a las actividades que se suscribieron en la matriz de riesgos institucionales de la vigencia 2023, Este informe plasma las recomendaciones que le permite al Hospital Mental Rudesindo Soto, fortalecer las debilidades y minimizar los riesgos.

El artículo 17 del decreto 648 del 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de la oficina de control interno de la E.S.E. Hospital Mental Rudesindo Soto, en cumplimiento de su rol de seguimiento y evaluación, verificación de las acciones que se adelantaron durante la vigencia 2023 por parte de los procesos misionales

De igual forma, teniendo en cuenta que el numeral 6 del artículo 6 del decreto 648 de 2017 establece que le corresponde a la oficina de control interno en cada entidad medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del sistema institucional de control interno, esta oficina realiza seguimiento de manera permanente a los riesgos de la entidad según la ley 1474 de 2011 artículo 73 con la indicación que cada entidad cada año realice una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que debe contemplar el mapa de riesgos de corrupción definido este como el instrumento que le permite a la entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción tanto internos como externos.

Dando alcance a las resoluciones anteriores y las circulares de la Supersalud, en proceso de adaptación y ajustes, en el segundo seguimiento del cuatrimestre de la vigencia 2023 de la E.S.E. Hospital Mental Rudesindo Soto y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

## DESARROLLO

Control interno, realiza la verificación del seguimiento por parte de la oficina de planeación a la matriz de riesgo institucional de la vigencia 2023, responsables, componentes y actividades adelantadas.

|  |  |                         |                         |   |
|--|--|-------------------------|-------------------------|---|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         |  |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                      | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |   |

## COMPONENTES

- **Matriz de Riesgo Institucional – Seguimiento Mayo – Agosto.**

El concepto de Administración del Riesgo se introduce en las entidades públicas, teniendo en cuenta que todas las organizaciones independientemente de su naturaleza, tamaño y razón de ser están permanentemente expuestas a diferentes riesgos, buscando una política de autocontrol y mejora continua.

## RESULTADO

En lo revisado se pudo verificar que no se materializo ningún riesgo.

La institución viene realizando actividades orientadas a cumplir con el plan de desarrollo desde las diferentes áreas, capacitaciones y reuniones para el mejoramiento de cartera y facturación, capacitaciones a los usuarios en deberes y derechos, temas de interés en salud mental en el área de SIAU, en cuanto a mejoramiento de dotación hospitalaria, la institución se encuentra en licitación del proyecto de dotación de equipos biomédicos para el fortalecimiento en la prestación de los servicios.

Durante este cuatrimestre se realizaron capacitaciones al personal de salud en temáticas como: Registros de enfermería, protocolo prevención de fugas, Protocolo de venopunción, humanización, socialización de manual de funciones, inducción y reinducción a trabajadores de planta de la institución en coordinación con seguridad y salud en el trabajo

Durante este cuatrimestre se realizaron actualizaciones de guías y protocolos del área de Laboratorio clínico, Farmacia y Enfermería.

Una vez analizado la situación en cuanto a la oportunidad en los indicadores de información, se observa que presenta demoras en el mismo, por consiguiente, el área de planeación realiza reunión con el área de sistemas, SIAU, calidad y seguridad del paciente, con el objetivo de establecer una nueva fecha de entrega máxima para su posterior análisis y reporte a entes de control

Se evidencia realización de mesas técnicas trimestrales con las diferentes EPS con las cuales se tiene contrato para la prestación del servicio y el instituto departamental de salud en las que se realiza seguimiento y acuerdos de pago con la institución y así tener un mejor recaudo para la empresa. Así mismo se han

|  |  |                         |                         |   |
|--|--|-------------------------|-------------------------|---|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         |  |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                      | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |   |

realizado retroalimentación con el grupo de facturación de las falencias encontradas por el área de preauditoria

Se evidencia reuniones de retroalimentación y corrección de errores encontrados en los diferentes paquetes y procesos de facturación.

Se evidencia realización de la identificación de activos de la institución referente a mobiliario. Equipos de cómputo, impresoras, escáner, sin embargo, estos aún no han sido rotulados por la institución. Por otro lado los equipos biomédicos cuentan con hoja de vida y sus respectivos reportes de mantenimiento preventivo y correctivo.

Se encuentran los soportes de las consignaciones diarias del recaudo de caja de la facturación en el área de contabilidad.

Desde el área de SIAU se cuenta con formato para recepción de quejas y reclamos de los usuarios internos y externos, se realiza consolidación y análisis del mismo de forma trimestral, de igual forma se presentan las principales causas de insatisfacción por parte de los usuarios a la subgerencia asistencial que toma las medidas necesarias para subsanar falencias

Se realiza seguimiento al cumplimiento del protocolo de requisita al ingreso de la institución por parte del personal de vigilancia, observándose que estos que requisan orientan a los usuarios, así como las requisitas para el ingreso de pacientes al programa farmacodependencia.

Se continúa realizando el seguimiento por parte del área de citas para evitar la pérdida de las mismas y reagendar a personas en espera de cita, para que la espera no sea tan prolongada

Se han venido realizando actividades desde el comité de bienestar social para promover la cultura organizacional y el bienestar de los trabajadores

Reinducción al personal de planta en el sistema seguridad y salud en el trabajo, cierre del plan de trabajo con ARL Sura, Gestión nuevo trabajo con ARL Positiva, elaboración del plan de vigilancia epidemiológica para riesgos psicosocial, Capacitación de gestión del riesgo biológico con personal de servicios generales,

Se realizan inspecciones de seguridad en las que se identifican situación de riesgo para la fuga de pacientes y se solicitan las debidas mejoras en la infraestructura y se revisan los formatos de seguimiento de salidas al área comunes de los pacientes

|  |  |                         |                         |  |
|--|--|-------------------------|-------------------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         | <br><small>HOSPITAL MENTAL<br/>Rudesindo Soto</small> |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                      | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |  |

Se evidencian solicitudes realizadas desde farmacia al área de almacén para la compra y adquisición de medicamentos y equipos médicos los cuales se encuentran soportados y evidenciados en los planes de compras.

Se evidencia la revisión, recarga y cambio de extintores en la institución.

Se evidencia capacitaciones a cargo del ingeniero biomédico referente al manejo de los equipos biomédicos existentes en cada uno de los servicios y el reporte de los eventos adversos que puedan presentarse por el uso de los mismos.

Se evidencia que se realizan diariamente backup de la información

Todos los software están licenciados, no pueden realizar instalaciones de software porque se encuentra bloqueada por un usuario administrador.

Se evidencia la realización de mantenimiento trimestral a los equipos así como la realización de mantenimientos correctivos según necesidad de los servicios

La institución cuenta con dos UPS para el respaldo de información de los equipos servidores de la institución

El área de sistemas asigna un rol específico a cada usuario para que este puede ver solamente la información que requiere para el cumplimiento de su cargo.

Se evidencia la realización de pre-auditorias y seguimientos al proceso de facturación para el cierre de mes

Se evidencia informe de adherencia a los protocolos de seguridad del paciente

Se evidencia la realización de visitas domiciliarias y fortalecimiento a la red de apoyo familiar con intervenciones terapéuticas familiares.

La institución cuenta con infraestructura adecuada para el acceso de personas con discapacidad física y mental

Se evidencia mantenimiento preventivo y correctivo a equipos de diagnóstico

Los soportes de la información antes descrita se encuentran en los archivos de la E.S.E HMRS y en los archivos de cada jefe de proceso.

|  |  |                         |                         |  |
|--|--|-------------------------|-------------------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         | <br><small>HOSPITAL MENTAL<br/>Rudesindo Soto</small> |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                      | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |  |

### RECOMENDACIONES

- Realizar mapa de calor y avances por parte de la oficina de planeación por lo menos una vez a la semana
- Realizar un link de ubicación en los soportes de seguimiento a la Matriz de Riego Institucional
- Realizar mensualmente reuniones de coordinación y ajustes a los diferentes procesos y procedimientos.
- Programar un día a la semana disponibilidad por parte de la oficina de Planeación y Control Interno, orientación y ajustes de los procesos y procedimientos, sugerencias por parte de los jefes de procesos y personal en general.

Atentamente.



**FERNANDO PABON CORREA**  
 Abogado- Contratista- Control Interno  
 Hospital Mental Rudesindo Soto.

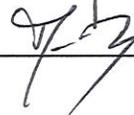
### **SOCIALIZADO:**

Gerente:

JESÚS EMILIO RINCÓN VERA



Jefe de Control Interno: CRUZ MONICA SANABRIA GUALDRON



**SOCIALIZADO EN COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. Publicar en la página WEB.**

|  |   |                         |                         |  |
|--|---|-------------------------|-------------------------|--|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         | <br>HOSPITAL MENTAL<br>Rudesindo Soto |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                     | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |  |

**CONSOLIDADO SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL  
DE LOS MESES DE MAYO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE LA VIGENCIA 2023**

| PROCESO                      | RIESGO   | MONITOREO Y SEGUIMIENTO  | OBSERVACION   |
|------------------------------|--|--|---|
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | <p>1. No dar cumplimiento a lo inicialmente programado en el Plan de Desarrollo Institucional.</p> <p>2. Toma de decisiones Técnicas y Administrativas con base en información errónea</p> | <p>1.1 Realizar seguimiento periódico de las actividades definidas en el plan de desarrollo.</p> <p>1.2 Verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles desviaciones para su ajuste y cumplimiento.</p> <p>2.1 Fortalecer la socialización y ejecución de los procedimientos institucionales.</p> <p>2.2 Fortalecer el programa de inducción y re inducción institucional.</p> | <p>Guía plan de atención a enfermería, protocolo a víctimas de violencia sexual, políticas de humanización del hospital, guías de prevención y protección de la agresión y violencia hacia los trabajadores, guía de recepción, custodia y entrega de bienes del paciente, protocolo de inmovilización de pacientes, identificación correcta de pacientes, protocolo de entrega y recibo de turno de enfermería.</p> <p>Durante este cuatrimestre se realizaron capacitaciones al personal de salud en temáticas como: Aislamiento de pacientes, Lavado de manos, protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, Protocolo de atención a pacientes con riesgo suicida y/o autolesiones, Administración segura de medicamentos.</p> |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>GESTION DE CALIDAD</b>                                | <p>1. Incumplimiento de criterios documentales de habilitación</p> <p>2. No cumplir con las metas del PAMEC – SUA</p> <p>3. No confiabilidad y oportunidad en la entrega de indicadores y datos estadísticos</p> <p>4. Débil identificación y gestión de No conformidades.</p> | <p>1. Reporte de auditoria externa o interna (actualización de procesos prioritarios)</p> <p>2. Mayor difusión de herramienta de autoevaluación. (Calidad) Fortalecimiento de autoevaluación con verificadores internos. (Talento humano)</p> <p>3. Necesidad de realizar seguimiento a través de los jefes inmediatos y el comité de calidad). Fomentar una mayor participación de los funcionarios de los procesos. Subdividiendo equipos claves. (Calidad)</p> <p>4. Unificación de la generación y recopilación de datos en el proceso de Gerencia de información independiente de cual se la fuente de la información. (Delegación por gerencia)</p> <p>5. Seguimiento al programa de seguridad del paciente.</p> | <p>Guía plan de atención a enfermería, protocolo a víctimas de violencia sexual, políticas de humanización del hospital, guías de prevención y protección de la agresión y violencia hacia los trabajadores, guía de recepción, custodia y entrega de bienes del paciente, protocolo de inmovilización de pacientes, identificación correcta de pacientes, protocolo de entrega y recibo de turno de enfermería.</p> |
|  | <b>FINANCIERO</b>  | <p>1. Inefectividad del recaudo</p>  | <p>1. Cobranza constante.</p> <p>2. Presencia permanente en las EPS de mayor facturación.</p> <p>3. Generación de espacios de concertación a nivel gerencial entre las partes.</p>   |
| <p>2. Sub Registro e inadecuada facturación mensual.</p> |  | <p>2.1 Actualización de Procedimientos del área de facturación.</p> <p>2.2 Capacitación idónea del personal de facturación</p>   |  |
| <p>3. Algunos activos sin hojas de vida</p>              |  | <p>3. Diligenciamiento de los activos pendientes</p>   |  |
| <p>4. Descuadre en el recaudo de cajas</p>               |  | <p>4.1 Arqueos constantes de los recaudos</p>  |  |

|   |  |                      |                      |  |
|---|--|----------------------|----------------------|--|
|  <b>Gobernación de Norte de Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                      |                      |  |
|   | Direccionamiento Estratégico   | Código DE - FCI - 02 | Comunicación Interna |  |

|                                    |   |  |  |
|------------------------------------|---|--|--|
| <b>ATENCIÓN AL USUARIO</b>         | <p>1. Respuesta inadecuada o inoportuna a una queja o reclamo</p> <p>2. Peligro público (por robo o agresión física).</p> <p>3. Atención inadecuada e inoportuna al usuario</p> | <p>1. Mantener controles sobre las quejas y los reclamos.</p> <p>2. Adherencia al protocolo de manejo de paciente agitado.</p> <p>3.1 Socialización de los procedimientos y re inducción del personal.</p> <p>3.2 Realizar reunión para revisar temas como cancelación de citas.</p> <p>3.3 Reprogramación de agendas, citas prioritarias.</p> <p>3.4 Reprogramación del sistema telefónico para que en cada puesto de trabajo entren las tres líneas simultaneas.</p> | <p>Desde el área de SIAU se cuenta con formato para recepción de quejas y reclamos de los usuarios internos y externos, se realiza consolidación y análisis del mismo de forma trimestral, de igual forma se presentan las principales causas de insatisfacción por parte de los usuarios a la subgerencia asistencial que toma las medidas necesarias para subsanar falencias</p> <p>Se solicita copia del protocolo al ingreso de pacientes, funcionarios y visitantes, a la E.S.E HMRS, por parte de la empresa de vigilancia.</p> <p>Se evidencia que en la institución se cuenta con personal asignado a la confirmación y reprogramación de citas programadas para los servicios especializados, evitando así la pérdida de cupos para citas y optimizando así la agenda diaria de los especialistas</p> |
| <b>GERENCIA DEL TALENTO HUMANO</b> | <p>1. Debilidad en la implementación de la cultura organizacional</p> <p>2. Incumplimiento al sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo</p>                         | <p>1. Revisión y ejecución del programa de inducción y re inducción.</p> <p>2. Revisar y Actualizar los procedimientos de SGSST.</p>   | <p>Se evidencia informe de clima laboral que es socializado en el Copasst en el que se establecen actividades en pro de fortalecer la cultura organizacional priorizando la actualización y realización del proceso de inducción y reinducción de los trabajadores de la institución</p> <p>Se identifica un cronograma de actividades correspondiente a un plan de trabajo anual, en el que se establece actividades en conjunto con la ARL y el área de Seguridad y salud en el trabajo</p>  |
| <b>AMBIENTE FISICO</b>             | <p>1. Fuga de Pacientes</p>   | <p>1.1 Identificar las áreas de fácil acceso</p> <p>1.2 Actualizar y socializar el plan de emergencia, incluyendo el manejo de pacientes en caso de evacuación.</p> <p>1.3 Adecuación de los puntos críticos identificados en el registro.</p>   | <p>Se evidencia actualización del protocolo de fugas y socialización del mismo al personal de la institución, así como la realización de rondas diarias con el objetivo de minimizar las prácticas inseguras que pueden conllevar a la fuga de pacientes.</p> <p>Se evidencia cumplimiento al cronograma de mantenimiento de</p>   |

|  |  |                      |                      |   |
|--|--|----------------------|----------------------|---|
|  <b>Gobernación de Norte de Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                      |                      |  |
|  | Direccionamiento Estratégico   | Código DE - FCI - 02 | Comunicación Interna |   |

|                                   |  |   |  |
|-----------------------------------|--|---|--|
|                                   | <p>2. Inoportunidad en la entrega de insumos y medicamentos</p> <p>3. Desastres Naturales</p> <p>4. Evento adverso al paciente por uso de Tecnología</p>   | <p>1.4 Evidenciar control por parte de la empresa para los vigilantes</p> <p>2.1 Cumplir con el plan de compras de la institución.</p> <p>3.1 Socializar el plan de emergencia</p> <p>3.2 Realizar simulacros de evacuación</p> <p>3.3 Se requiere consolidar el grupo de brigadistas en caso de emergencias y que cuenten con las herramientas necesarias.</p> <p>4.1 Cumplir con el cronograma de mantenimiento de equipos Biomédicos.</p> <p>4.2 Cumplir con el cronograma de calibración de equipos Biomédicos.</p> <p>4.3 Revisar mensualmente los reportes nacionales e internacionales de informes de seguridad con respecto a la tecnología.</p> <p>4.4 Capacitar al personal asistencia acerca de la importancia de reporte por incidente o evento adverso debido a la tecnología.</p> <p>4.5 Cumplir con el comité de tecno vigilancia.</p> | <p>equipos biomédicos de forma semestral</p>   |
| <b>GERENCIA DE LA INFORMACION</b> | <p>1. Debilidad en la aplicación y socialización de seguridad de la Información.</p> <p>2. Presencia de software no licenciado.</p> <p>3. Debilidad en la ejecución del plan de mantenimiento.</p> | <p>1. Capacitación en el manejo y seguridad de la información.</p> <p>2. Inventario de software.</p> <p>3. Auditorías internas.</p>   | <p>Se evidencia socialización con el personal de enfermeros profesionales en el manejo de la seguridad de la información</p> <p>Se debe organizar un formato estandarizado y aprobado, de gestión del talento humano a la oficina de sistemas.</p> |

|  |  |                      |   |
|--|--|----------------------|---|
|  <b>Gobernación de Norte de Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                      |  |
|  | Direccionamiento Estratégico   | Código DE - FCI - 02 |   |

|                          |   |  |   |
|--------------------------|---|--|---|
|                          | <p>4. Daño en equipos de cómputo por energía eléctrica no regulada.</p> <p>5. Ausencia de un sistema de gestión de la seguridad de la información.</p> <p>6. Debido a que no existe un protocolo de informe de novedades de RH hacia TI, se pueden presentar accesos no autorizados a los Sistemas de Información</p> | <p>4. Respaldo con ups a equipos sensibles de la plataforma tecnológica.</p> <p>5. Implementar un sistema de gestión de seguridad de la información</p> <p>6. Elaborar y socializar procedimiento para la notificación de novedades de personal a sistemas de información.</p>   |   |
| <b>ATENCIÓN EN SALUD</b> | <p>1. Fallas en la atención del triage</p> <p>2. Fallas en los registros clínicos.</p> <p>3. Debilidad en el proceso de seguridad del paciente.</p> <p>4. Estancia prolongada.</p>  | <p>1.1 Medición de la demanda.<br/>1.2 Fortalecer el triage<br/>1.3 Implementación de procedimiento en el servicio de urgencias lo cual hace que se pueda identificar y medir los tiempos del triage</p> <p>2.1 Seguimiento por comité de historias clínicas.<br/>2.2 Plan de mejora individual<br/>2.3 Sistematización de la historia clínica.<br/>4. Pre-Auditoría<br/>5. Facturación en cada servicio</p> <p>3.1 Socialización del protocolo de seguridad del paciente.<br/>3.2 Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente.<br/>3.3 Fortalecer el proceso de inducción y reinducción</p> <p>4.1 Identificación de las condiciones socioeconómicas y red de apoyo desde el ingreso.<br/>4.2 Solicitar apoyo a los entes de control.</p> | <p>Se evidencia realización de adherencia a las guías de práctica clínica, de igual forma el adecuado registro en historias clínicas por parte del área de auditoría, las cuales quedan consignadas y socializadas en el comité de historias clínicas y expuestas a los especialistas con el objetivo de mejorar e implementar las acciones de mejora.</p> <p>Una vez identificados los eventos adversos ocurridos, el área de seguridad del paciente, establece como plan de mejora, un aumento en las rondas de seguridad por servicio realizando verificación del cumplimiento de prácticas seguras, y generando informes sobre los hallazgos encontrados.</p> |

|  |  |                         |                         |   |
|--|--|-------------------------|-------------------------|---|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b><br>Cúcuta – Norte de Santander |                         |                         |  |
|  | Direccionamiento<br>Estratégico                                      | Código<br>DE - FCI - 02 | Comunicación<br>Interna |   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | 4.3 Registro en la historia clínica de los procesos administrativos en cada turno.<br>4.4 Vigilancia diaria através del censo, el cual indica número de días de estancia.                                       |  |
|  | 5. Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comportamental, religiosa) | 5.1 Socialización de los protocolos existentes.<br>5.2 Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales.<br>5.3 Socialización en el servicio de urgencias.                                  |  |
|  | 6. Fallas en el proceso de ayuda diagnóstica.  | 6.1 Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas.<br>6.2 Seguimiento a no conformes de ayudas diagnósticas.<br>6.3 Seguimiento a indicadores de oportunidad e entrega de resultados. |  |

#### RECOMENDACIONES GENERALES:

Al revisar las acciones y el indicador en la mayoría de la matriz de riesgo institucional se observa que tiene expresiones como fortalecer y exceder los controles para evitar que se materialicen los riesgos.

Cada dependencia, coordinador o líder responsable de los riesgos debe llevar los registros, si existe materialización de los riesgos debe informar para que se inicie la respectiva investigación y hacer los ajustes que sean necesarios.

Realizar mesas de trabajo y aplicar la política de autocontrol del personal y cada jefe de área; la oficina de planeación y control interno están disponibles para orientar, asesorar y fortalecer la Matriz de Riesgo Institucional, la cual favorece la estructuración y evaluación de los controles.

Atentamente,

  
**FERNANDO FABON CORREA**  
 Abogado- Contratista- Control Interno  
 Hospital Mental Rudesindo Soto.



**ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO**  
**MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL**



**Gobernación de Norte de Santander**

**SEGUIMIENTO**

| RIESGO   | PROCESO                      | CAUSA DEL RIESGO  | EFECTO DEL RIESGO   | EXISTE |    | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA   | ABRIL   | AGOSTO   |
|--|------------------------------|---|---|--------|----|--|---|--|
|  |                              |   |   | SI     | NO |  |   |  |
| No dar cumplimiento a lo inicialmente programado en el Plan de Desarrollo Institucional. | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | 1. Desviación de lo planeado inicialmente 2. Cambios en las condiciones del entorno o al interior de la institución   | Sanciones, interrupción de la actividad desarrollada e ineficacia en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional  | X      |    | 1. Realizar seguimiento periódico de las actividades definidas en el plan de desarrollo.<br>2. Verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles desviaciones para su ajuste y cumplimiento.             |   | La institución viene realizando actividades orientadas a cumplir con el plan de desarrollo desde las diferentes áreas, capacitaciones y reuniones para el mejoramiento de procesos y facturación, capacitaciones a los usuarios en deberes y derechos, temas de interés en salud mental en el área de risa, en cuanto a mejoramiento de dotación hospitalaria, la institución se encuentra en licitación del proyecto de dotación de equipos biomédicos. |
| Toma de decisiones Técnicas y Administrativas con base en información errónea            | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Incumplimiento de los procedimientos y poca o inadecuada inducción y re inducción.  | Interrupción de la actividad desarrollada y pérdida de credibilidad   | X      |    | 1. Fortalecer la socialización y ejecución de los procedimientos institucionales.<br>2. Fortalecer el programa de inducción y re inducción institucionales.  | Durante este cuatrimestre se realizaron capacitaciones al personal de salud en temáticas como: Aislamiento de pacientes, Lavado de manos, protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, Protocolo de atención a pacientes con riesgo suicida y/o autolesiones, Administración segura de medicamentos.                             | Durante este cuatrimestre se realizaron capacitaciones al personal de salud en temáticas como: Registros de enfermería, protocolo prevención de fugas, protocolo de venopunción, humanización, socialización de manual de funciones, inducción y reinducción a trabajadores de planta de la institución.   |
| Incumplimiento de criterios documentales de habilitación                                 | GESTION CALIDAD              | 1. Desactualización de documentos o falta de los mismos ( guías, protocolos, manuales, etc) 2. Débil cultura de seguimiento a procedimientos 3. Desconocimiento del procedimiento de control de documentos y registros                                  | Depto del cumplimiento de objetivos, no estandarización, costos, incumplimiento normativo   | X      |    | 1. Reporte de auditoría externa o interna (actualización de procesos prioritarios)   | Durante este cuatrimestre se realizaron actualizaciones de guías y protocolos de: Aislamiento de pacientes, Lavado de manos, protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, Protocolo de atención a pacientes con riesgo suicida y/o autolesiones, Administración segura de medicamentos.  | Durante este cuatrimestre se realizaron actualizaciones de guías y protocolos del área de Laboratorio clínico, Farmacia y Enfermería   |
| No cumplir con las metas del PAMEC - SUA   | GESTION CALIDAD              | 1. No cumplimiento de planes de acción por equipos de trabajo. 2. No interiorización o conocimiento de los estándares. 3. Cultura institucional de no entregar y siempre  | 1. No cumplimiento de las metas del indicador 1 y 2 del Plan de gestión. 2. No mejoramiento de la calidad   | X      |    | 1. Necesidad de realizar seguimiento a través de los jefes inmediatos y el comité de calidad) 2. Fomentar una mayor participación de los funcionarios de los procesos. Subdividiendo equipos claves ( calidad) | Durante este periodo se realizan el debido proceso de autoevaluación con estándares de acreditación en salud, para detectar las posibles oportunidades de mejorar a desarrollar en la entidad   |  |
| No confiabilidad y oportunidad en la entrega de indicadores y datos estadísticos         | GESTION CALIDAD              | 1. Deficiencias en sistemas de información. 2. Desagregación de funciones en cuanto a la recolección de la información, no se cuenta con fuentes unificadas de los datos 3. Cultura organizacional débil respecto a la entrega de información oportuna. | 1. Poco tiempo para realizar análisis. 2. Sanciones por no entrega a entes de control. 3. Glosas por entrega tardía a clientes institucionales. 4. Dificultades en la toma de decisiones con base en hechos y datos | X      |    | 1. unificación de la generación y recopilación de datos en el proceso de Gerencia de información independiente de cual se la fuente de la información. (delegación por gerencia)                               |   | una vez analizada la situación en cuanto a la oportunidad en los indicadores de información, se observa que presenta demoras en el mismo por consiguiente, el área de planeación realiza reunión con el área de sistemas, SIAU, calidad y seguridad del paciente, con el objetivo de establecer una nueva fecha de entrega máxima para su posterior análisis y reporte a entes de control  |
| Débil identificación y gestión de No conformidades.                                      | GESTION CALIDAD              | 1. Sistema no actualizado 2. Dificultades en el acceso a equipos desconocimiento del procedimiento 3. No cultura de reporte   | 1. Repetición frecuente de fallas, no conformes incidentes y eventos adversos 2. Costos de no calidad   | X      |    | 1. Seguimiento al programa de seguridad del paciente   | Una vez identificados los eventos adversos ocurridos, el área de seguridad del paciente, establece como plan de mejora, un aumento en las rondas de seguridad por servicio realizando verificación del cumplimiento de prácticas seguras, y generando informes sobre los hallazgos encontrados.   |  |
| Inefectividad del recaudo  | FINANCIERO                   | Recursos asignados a las EPS son insuficientes para cubrir el pago de la cartera de las IPS   | 1) Retrasos en los pagos a las cuentas o acreencias que se generan en la institución, entendiéndose gastos de funcionamiento en general. 2) Afectación de la liquidez del hospital.                                 | X      |    | 1) Cobranza constante. 2) Presencia permanente en las EPS de mayor facturación. 3) Generación de espacios de concertación a nivel gerencial entre las partes.  |   | Se evidencia realización de metas técnicas trimestrales con las diferentes Eps con las cuales se tiene contrato para la prestación del servicio y el instituto departamental de salud en las que se realiza seguimiento y acuerdos de pago con la institución y así tener un mejor recaudo para la empresa. Así mismo se han realizado retroalimentación con el grupo de facturación de las falencias encontradas por el área de preauditórea            |
| Sub Registro e inadecuada facturación mensual.   | FINANCIERO                   | Falta de control en los servicios por el personal asignado  | 1) Pérdidas en la venta del servicio. 2) Incremento en los costos y gastos de la Entidad. 3) Margenes de Utilidad inferiores  | X      |    | 1) Actualización de Procedimientos del área de facturación. 2) Capacitación idónea del personal de facturación.  | Se realiza constantemente reuniones entre gerencia, subgerencia administrativa, subgerencia de servicios de salud y los responsables del área de facturación, citas, autorización y glosas, con el objetivo de evaluar y corregir posibles falencias que estén sucediendo y afectan el adecuado funcionamiento de los procesos.   | Se evidencia reuniones de retroalimentación y corrección de errores encontrados en los diferentes paquetes y procesos de facturación.  |
| Algunos activos sin hojas de vida  | FINANCIERO                   | 1. Registro parcial de datos  | 1) Pérdida del Activo   | X      |    | Diligenciamiento de los activos pendientes   |   | Se evidencia realización de la identificación de activos de la institución referente a mobiliario, Equipos de computo, impresoras, etc, sin embargo, estos aun no han sido rotulados por la institución. Por otro lado los equipos biomédicos cuentan con hoja de vida y sus respectivos reportes de mantenimiento preventivo y correctivo.  |
| Descuadre en el recaudo de cajas   | FINANCIERO                   | 1. Descuadre de cajeros   | 1) Descuadre de los dineros recaudados  | X      |    | 1) Arqueos constantes de los recaudos  |   | Se encuentran los reportes de las consignaciones diarias del recaudo de caja de la facturación en el área de contabilidad  |
| Respuesta inadecuada o inoportuna a una queja o reclamo                                  | ATENCION AL USUARIO          | Débil compromiso por parte de los jefes y dificultad con el aplicativo de indicadores   | Insatisfacción en la respuesta al usuario.  | X      |    | 1. Mantener controles sobre las quejas y los reclamos.   | Desde el área de SIAU se cuenta con formato para recepción de quejas y reclamos de los usuarios internos y externos, se realiza consolidación y análisis del mismo de forma trimestral, de igual forma se presentan las principales causas de insatisfacción por parte de los usuarios a la subgerencia asistencial que toma las medidas necesarias para subsanar falencias | Desde el área de SIAU se cuenta con formato para recepción de quejas y reclamos de los usuarios internos y externos, se realiza consolidación y análisis del mismo de forma trimestral, de igual forma se presentan las principales causas de insatisfacción por parte de los usuarios a la subgerencia asistencial que toma las medidas necesarias para subsanar falencias  |
| Peligro público (por robo o agresión física).  | ATENCION AL USUARIO          | Por la población que se atiende en el hospital, por la zona de ubicación geográfica de la institución   | 1. Pérdida de equipos o elementos de oficina. 2. Agresión verbal y/o física a los funcionarios.   | X      |    | Adherencia al protocolo de manejo de paciente agitado.   |   | Se realiza seguimiento al cumplimiento del protocolo de requisa al ingreso de la institución por parte del personal de vigilancia, observándose que estos que requisan orientan a los usuarios, así como las requisas para el ingreso de pacientes al programa farmacodependencia.   |