



HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.

Matriz de Riesgos Informe de Evaluación y Seguimiento

Oficina de Control Interno.

Periodo Evaluado: Primer Semestre de 2026 (con comparativo 2025).

Fecha de Emisión: 14 de agosto de 2026

1. Introducción y Marco Normativo

En cumplimiento de la normatividad colombiana vigente (Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1083 de 2015 y las directrices de la Función Pública para la gestión del riesgo), la Oficina de Control Interno presenta el informe institucional de seguimiento a la matriz de riesgos.

Este ejercicio evalúa la efectividad de los controles, la mitigación de los riesgos absolutos a residuales y el avance de los planes de acción en los macroprocesos de la entidad.

2. Comportamiento Consolidado de Escenarios de Riesgo

El hospital cuenta con un universo de 113 escenarios de riesgo evaluados. Al comparar el mapa de calor del riesgo inherente frente al riesgo residual, se evidencia una efectividad sustancial en la aplicación de los controles institucionales:

Zona de Riesgo	Riesgo Absoluto / Inherente (Casos / %)	Riesgo Residual (Casos / %)	Estado de Evolución Institucional
Bajo	10 (8.85%)	37 (32.74%)	Incremento del +23.89% de los escenarios en zona segura.
Moderado	76 (67.26%)	67 (59.29%)	Reducción de concentración de riesgos medios.
Alto	27 (23.89%)	9 (7.96%)	Mitigación crítica del -15.93% de alertas altas.
Extremo	0 (0.00%)	0 (0.00%)	Se mantiene en cero la zona de peligro crítico.
TOTAL	113 escenarios (100%) [1]	113 escenarios (100%) [1]	Gestión Institucional Eficaz.





3. Dinámica Operativa de Controles (Primer Semestre 2026)

Realización de seguimiento a la matriz de riesgos a cargo de la oficina de control interno.

Total de Controles Evaluados: 274 en Almera.

- Controles con Seguimiento Efectivo: 274 verificados.
- Nuevos Controles Incorporados en el Periodo: 69 acciones de mitigación adicionales.

4. Evaluación de Riesgos Críticos por Procesos Institucionales

A. Direccionamiento Estratégico, Contratación y Control Disciplinario

- **Mitigación de Corrupción (R-004, R-012, R-013):** Se evidenció un riguroso cumplimiento normativo con la actualización del manual de procedimiento de contratación, Se constató el uso transaccional en tiempo real del SECOP II, la aplicación obligatoria de formatos SARLAFT validados ante la UIAF y la inclusión del nuevo control de restricciones de roles (C-010) administrado por el equipo jurídico.
- **Procesos Disciplinarios (R-006, R-007, R-008):** Al mes de julio de 2026 se reportan 58 procesos (57 activos, 1 archivado) gestionados mediante base digital e instrucción física. Se destaca un 0% de prescripción de procesos disciplinarios en la etapa de juzgamiento para la vigencia 2026, corrigiendo las desviaciones observadas en 2025.

B. Gestión de la Información y Seguridad Digital

- **Ciberseguridad y Respaldo (R-069, R-070, R-071):** Se verificó el cumplimiento del protocolo de copias de seguridad de datos esenciales en la primera semana de cada mes. Los respaldos de los últimos 3 días se mantienen automatizados en la nube (Drive Licenciado). La entidad cuenta con alta disponibilidad perimetral respaldada por licenciamiento vigente renovado hasta 2027. Se resalta la ejecución del proceso inicial de simulacro técnico del plan de contingencia manual del datacenter llevado a cabo el 18 de enero de 2026.
- **Continuidad de Redes (R-072):** Para garantizar el servicio obligatorio de Telemedicina, el hospital cumple con la exigencia legal de tener dos canales activos de internet dedicados de 80 Mbps con proveedores distintos e independientes (ERT y Movistar), validados en SECOP II.

C. Gestión Financiera, Costos y Facturación

- **Sostenibilidad Presupuestal (R-074, R-077, R-078):** El presupuesto de la vigencia 2026 fue legalmente aprobado por la Junta Directiva conforme al Plan Anual de Adquisiciones (PAA). Se mantiene conciliación mensual estricta entre Tesorería, Presupuesto y Contabilidad.
- **Facturación, Cartera y Glosas (R-079, R-080, R-081):** Alerta de Control Interno: En el proceso de facturación de servicios de salud de urgencias y hospitalización, se detectó que el





control C-088 (Preauditoria de cuentas de forma aleatoria antes de la radicación) no se está realizando. Esto impacta directamente la efectividad del control del riesgo de subfacturación. Se emitió requerimiento formal e inmediato a la Subgerencia Administrativa y Líder Financiero para reactivar esta labor. Por otra parte, las conciliaciones de cartera y respuestas a glosas/devoluciones con las EAPB se mantienen al día con soporte técnico y auditoría médica.

D. Hospitalización y Urgencias (Seguridad del Paciente)

- **Prevención de Caídas e Infecciones (R-052, R-053, R-030):** Se registra una adherencia del 95% en la aplicación de Listas de Chequeo de Prevención de Caídas (Morse y manillas). La adherencia global al protocolo de Higiene de Manos (OMS - Formato FOR-TRA-11) obtuvo un promedio del 93.4% en el primer semestre de 2026. Los momentos 4 y 5 de la OMS muestran menor cumplimiento (88.4% y 89%), por lo cual se insta a reforzar las supervisiones en los puntos de atención.
- **Riesgo Poblacional - Evasiones de Pacientes (R-054, R-031):** En el servicio de Urgencias se registraron 13 casos de evasión entre enero y julio de 2026 frente a un volumen de 5,678 pacientes atendidos. Si bien la tasa se considera controlada bajo el umbral técnico en el aplicativo Almera, los picos de marzo y julio exigen un monitoreo constante del "Código Laberinto", el correcto funcionamiento de los sensores perimetrales y las bitácoras de la central de monitoreo 24 horas (C-070). El indicador de agresión y riesgo de intento suicida se mantiene controlado sin eventos fatales registrados.
- **Humanización y Trato Digno (R-059, R-037, R-048):** De un volumen de 405 usuarios encuestados por el SIAU en el primer semestre de 2026, el 99.0% calificó su experiencia global como "Muy Buena" o "Buena". Asimismo, el 99.02% de los pacientes recomendaría definitivamente la institución a familiares o amigos, superando con suficiencia la meta institucional del 80%. El tiempo promedio de respuesta a manifestaciones de usuarios se fijó en 3.5 días, por debajo del límite normativo interno de 5 días.

E. Servicio Farmacéutico

- **Desabastecimiento y Seguridad LASA (R-097, R-099, R-100, R-101):** Ante las alertas de desabastecimiento de fabricantes nacionales, se evidenció el reporte oportuno hacia la Subgerencia Científica para activar las alternativas terapéuticas con los médicos prescriptores. Los medicamentos de alto riesgo y de alerta LASA se encuentran semaforizados físicamente por colores (Azul, Amarillo y Rojo) en cumplimiento con el estándar de Tecnovigilancia.

5. Conclusiones y Plan de Acción Obligatorio

1. **Eficacia del Modelo:** El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. cuenta con un sistema robusto de mitigación del riesgo, reflejado en la migración de escenarios hacia zonas de impacto leve y moderado.





2. **Plan de Contingencia para el Proceso Financiero:** La dirección de Gestión Financiera debe priorizar de manera inmediata la subsanación del control C-088. El subproceso de preauditoría de cuentas es indispensable para prevenir glosas estructurales de las EPS y mitigar el riesgo residual de pérdida económica por subfacturación.
3. **Monitoreo del Entorno Físico:** Se felicita al proceso de Gestión Ambiental y Lavandería por el cumplimiento en la segregación de residuos bajo código de colores y la aplicación del procedimiento de lavado a alta temperatura para control microbiológico.

Atentamente.

JULIO MIGUEL PORRAS PRIETO
Asesor Oficina de Control Interno

Anexo: NA

