



SEGUIMIENTO A RIESGOS

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		ANÁLISIS DEL RIESGO	EVALUACIÓN DE RIESGO RESIDUAL	SEGUIMIENTO 2025			SEGUIMIENTO 2026 - PRIMER SEMESTRE
Proceso/Unidad de riesgo	Descripción del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo Inherente)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)	DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN	SEGUIMIENTO 2025		SEGUIMIENTO 2026
Direccionamiento Estratégico	Probabilidad de impacto económico y reputacional por manipulación de estudios previos o de factibilidad y falta de adherencia al manual de contratación debido a la falta de integridad del servidor publico.	Alta	Moderada	Asignar roles y responsabilidades de acuerdo a los permisos asignados en el SECOP II, garantizando la accesibilidad y seguridad de la información y realizar capacitaciones a los funcionarios responsables.	1.- Se estableció que al realizar la contratación del hospital se cumple con los requisitos legales establecidos en el Manual y el procedimiento, igualmente la entidad viene desarrollando y aplicando la plataforma del Secop II transaccional, plataforma que puede ser revisada en tiempo real y verificar que todos los requisitos contractuales son publicados. Se observo que mediante acuerdo Nro.015 del 1 de octubre de 2024 la entidad ajustó el estatuto interno de contratación, en consecuencia a través de la resolución numero 552 del 28 de octubre del mismo año se actualizo el manual de procedimiento de contratación, juntandolo al nuevo estatuto de contratación, lo que implicó nuevos lineamientos en el desarrollo del proceso. 2. En el primer semestre de 2025 se realizaron capacitaciones dirigida a todos los intervinientes del proceso contractual, supervisores, tecnicos y auxiliares administrativos, capacitaciones relacionadas con el nuevo estatuto de contratación y manual de procedimiento.		Se verifica por control interno el cumplimiento de los requisitos legales establecidos por el manual y procedimiento de la institucion, ademas de la revision del cargue oportuno de los documentos contractuales en el aplicativo SECOP II de acuerdo a lo establecido tambien por Funcion Publica.
							Se verificó por control interno que en la inducción y reintroducción que se realizó en el primer semestre del año 2026 desde el Proceso de Talento Humano, se socializó el Código de Conducta y Buen Gobierno, fortaleciendo en los funcionario los principios y valores institucionales.
							Al seguimiento por control interno en el primer semestre de 2026 se evidenció que los contratos cuentan con el formato Sariaft, diligenciado por cada proveedor para dar cumplimiento a los riesgos de corrupción y la verificación en la UIAF.
							Se verificó que se incluyo este nuevo control al riesgo (ver FOR-DES-14) clasificado en la tabla de calor como riesgo residual moderado. En relacion al seguimiento se establece que la plataforma del secop II es administrada por el equipo juridico y solo se han otorgado permisos con restricciones de seguridad a los equipos de los diferentes procesos del area.
Direccionamiento Estratégico	Probabilidad de impacto económico y reputacional por entrega de bienes o servicios que no cumplen con el objeto contractual y que se certifican como recibido a satisfacción debido a la falta de una adecuada supervisión del contrato para recibir los bienes o servicios.	Moderada	Moderada	Establecer controles que permitan validar las especificaciones técnicas de los productos o servicios solicitados para dar respuesta a las diferentes necesidades en la institución.	1.- Al seguimiento por control interno se tomo una muestra de los contratos que se han ejecutaron en la vigencia 2025 en donde se estableció que los contratos cuentan con el supervisor y estos entregan los informes de manera regular y a su vez son subidos a la plataforma de Secop II transaccional. 2.- En el primer semestre de 2025 se realizaron capacitaciones a los supervisores, auxiliares y técnicos, relacionada con el nuevo estatuto de Contratación dirigida a los principales intervinientes del proceso contractual de la entidad.		Control interno tomo una muestra de los contratos que se han ejecutaron en la vigencia 2026 donde se evidencia que cada uno de os contratos cuentan con el supervisor y estos realizaron la entregan de los informes de manera regular y se realizo revision al cargue oportuno en la plataforma de Secop II transaccional.
							En cada informe, el supervisor verifica que correspondan las especificaciones tecnicas contratadas y queda consignadom bajo este reporte y su firma de confirmacion el cual es remitido a la gerencia para su conocimiento y autorizacion del respectivo pago. Este proceso fue socializado en la capacitacion realizada el dia 18 de febrero a los supervisores de contrato establecidos por la entidad.
							El Asesor de Control Interno por invitacion de la oficina Juridica, participo el dia 18 de febrero de 2026 en la capacitacion de socialiaion y reforzamiento de conocimientos en el proceso de supervicion de contratos, basado en el manual y procedimiento establecido por el HDPUV, en esta actividad fueron invitados todos los supervisores de contrato y se registro la asistencia en el formato establecido FOR-SIG-21.
Direccionamiento Estratégico	Probabilidad de impacto económico y reputacional debido a la omisión del debido proceso y el incumplimiento en el trámite de las etapas procesales AJUSTADO	Alta	Moderada	Determinar medidas para asegurar el seguimiento y control a los registros físicos de control disciplinario	Al seguimiento por control interno se estableció que en la vigencia 2025 se continua utilizando la herramienta en excell, en donde se tiene el control de todos los procesos y el estado, ahí se adelanta la fase de instrucción. Igualmente se verificó que de enero a agosto de 2025 se cuenta con: 50 procesos, 50 están activos, 8 fueron archivados, se aperturaron 9 procesos, se trasladaron 14 para juzgamiento y hubo 2 traslados a la Procuraduría por competencia. Igualmente se observó por control interno que se declaró la prescripción en 1 proceso disciplinario en la etapa de juzgamiento en la vigencia 2025, precisando que éste fue recibido en dicha etapa faltando 4 meses para su vencimiento, es decir, representa el 8.3% del total del término dispuesto por la		Al seguimiento por control interno se estableció que en la vigencia 2026 se continua utilizando la herramienta en excell, donde reposa el control de todos los procesos y el estado, ahí se adelanta la fase de instrucción. Igualmente se verificó que de enero a julio de 2026 se cuenta con: 58 procesos, 57 están activos, 01 fueron archivados, se aperturaron procesos, se trasladaron 01 para juzgamiento no hubo traslados a la Procuraduría por competencia. Igualmente no se observó prescripción de proceso disciplinario en la etapa de juzgamiento en la vigencia.

					su vencimiento, es decir, representa el 0,3% del total del término dispuesto por la norma para dar trámite al proceso antes de provocar el fenómeno de la prescripción y el 91,7% de tiempo surtió trámite en instrucción.	Se evidencia desde la oficina de Control Interno que el asesor de Control Interno Dicipinario realiza un correpto y ordenado seguimiento de manera física a cada uno de los expedientes que tiene a cargo, permitiendo poder desarrollar la gestion necesaria y oportuna en cada etapa del los procesos y en los terminos establecidos por la normatividad colombiana.
Direccionamiento Estrategico	Probabilidad de impacto económico y reputacional por conducta deshonesta que utilice la influencia de manera personal para dar preferencias o favorecimientos en la dosificación de una posible sanción disciplinaria o archivo del expediente para evitar sanción disciplinaria	Alta	Moderada	Crear una herramienta para validar la aplicación de derechos durante el proceso de control disciplinario	1. Se evidencia que el asesor de control disciplinario conoce y aplica la política anticorrupción, igualmente se realizaron campañas enfocadas en evitar la trasgresión de la norma y acatar los deberes como funcionarios publicos, campaña realizada por correo institucional. En el mes de septiembre se realizara la feria de la excelencia en donde se reforzaran los valores institucionales. 2. Se verificó que el asesor de control disciplinario realizó encuesta de medición anticorrupción en la muestra tomada de procesos aperturados en la vigencia 2025	Desde la Oficina de Control Interno, se evidencia que el asesor de control disciplinario conoce y aplica la política anticorrupción, ademas participa de modo activo en las diferentes procesos de socializacion y capacitacion que reliza el area de Talento Humano de la Institucion, incluida las capacitaciones, socializaciones o reinducciones dinamicas de los valores delCodigo de Integridad yCodigo de Conducta y Buen Gobierno.
						Se verificó que el asesor de control disciplinario realizó encuesta de medición anticorrupción en la muestra tomada de procesos aperturados en la vigencia para el primer semestre del año 2026.
Direccionamiento Estrategico	Probabilidad de impacto reputacional por perdida de expediente debido a la falta de controles en la custodia del archivo	Alta	Moderada	Tomar medidas que garanticen la disponibilidad y seguridad de la información de los proceso en curso de control disciplinario	1. Se verifica que se continua realizando el seguimiento de todos los expedientes a través de la herramienta controloda de manera electrónica y se verificó que los expedientes están archivados debidamente.	Se verifica que se continua realizando el seguimiento de todos los expedientes a través de la herramienta controloda de manera electrónica (Formato en Excell) y se verificó que los expedientes están archivados debidamente.
						De acuerdo a confirmacion del area de sistemas del HDPUV, se realizo backup de la informacion digital de la oficina de Control Interno Dicipinario en el mes de marzo de 2026, cumpliendo con el control y garantizando la proteccion de la informacion digitalizada.
Direccionamiento Estrategico	Probabilidad de impacto económico y reputacional por sanciones de los entes de control atribuibles al proceso de contratación debido a que la capacitación dirigida a los funcionarios sobre el proceso contractual no es eficaz.	Moderada	Bajo	Establecer la metodologia y realizacion de la capacitacion del proceso de contratacion del hospital	Se establece que las capacitaciones a los supervisores, auxiliares y técnicos sobre el proceso contractual se realizó de acuerdo al plan de trabajo del proceso jurídico establecido para la vigencia 2025.	Se establece que las capacitaciones a los supervisores, auxiliares y técnicos sobre el proceso contractual se realizó de acuerdo al plan de trabajo del proceso jurídico establecido para el primer semestre de la vigencia 2026.
Direccionamiento Estrategico	Probabilidad de impacto reputacional por poca disponibilidad de la información y fallas en la metodología para la formulación del Plan de Desarrollo debido a la baja participación del personal	Moderada	Bajo	Diseñar e implementar una estrategia de socialización y participación institucional para la formulación del Plan de Desarrollo, que incluya jornadas de sensibilización, mesas de trabajo con los procesos, lineamientos metodológicos claros y la consolidación oportuna de la información requerida, con el fin de fortalecer la disponibilidad de la información y la participación del personal en su construcción.	Control interno evidenció que en la vigencia 2024 se construyó y se presentó el Plan de Desarrollo para la vigencia 2024-2028. Se han venido revisando los avances del plan en el comité de gerencia y también se realizó seguimiento a los avances del POAI. El HDPUV conserva la Certificación en los Sistemas de Gestión de Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015, Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la NTC ISO 45001:2018. El hospital conserva la certificación como entidad acreditada en salud por 4 años mas, evidenciando la mejora continua en nuestros procesos y seguir prestando servicios en salud mental con altos estándares de calidad para la poblacion del Valle del Cauca y el suroccidente Colombiano. Igualmente el HDPUV recibió la certificación como Hospital Universitario otorgada por la Comisión intersectorial para el talento humano en salud, el Ministerio de salud y Protección social y el Ministerio de educación Nacional, entidades que avalan la trayectoria y el compromiso del hospital con la formación académica, la investigación y la atención en salud mental.	La Oficina de Control Interno confirma que en los Comites de Gerencia que se realizaron en el primer semestre del año 2026, se realizo revision y seguimiento a los avances del Plan de Desarrollo 2024-2028 y al POAI, con el objetivo de ver el porcentaje de cumplimiento y evaluar las estrategias que se van implementando en su cumplimiento, ademas, se evidencia que el HDPUV conserva la Certificación en: - Sistemas de Gestión de Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015, - Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015, - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la NTC ISO 45001:2018, - Acreditada en salud por 4 años que evidencia la mejora continua en los procesos y servicios en salud mental con altos estándares de calidad para la poblacion del Valle del Cauca y el suroccidente Colombiano. - Recibió certificación como Hospital Universitario otorgada por la Comisión intersectorial para el talento humano en salud, el Ministerio de salud y Protección social y el Ministerio de educación Nacional, entidades que avalan la trayectoria y el compromiso del hospital con la formación académica, la investigación y la atención en salud mental. Para este periodo no se evalua la metodologi y procedimiento de elaboracion del Plan de Desarrollo Instituciona, sino el seguimiento, ya que este fue creado para el periodo 2024 - 2028
Direccionamiento Estrategico	Probabilidad de impacto operacional por falta de reporte oportuno de los avances de los planes operativos de los procesos y seguimiento inadecuado a la ejecución del Plan de Desarrollo y al Plan Operativo Anual debido a falta de adherencia al procedimiento y al diligenciamiento de la Matriz de seguimiento al Plan Operativo Anual	Moderada	Bajo	Implementar y socializar un cronograma periódico de reporte y seguimiento de los avances de los Planes Operativos de cada proceso, garantizando el diligenciamiento oportuno y completo de la matriz de seguimiento al Plan Operativo Anual, así como la revisión y validación por parte de los responsables de proceso y la oficina de planeación o calidad.	Se evidenció por el asesor de control interno que en lo que va corrido de la vigencia 2025 se realizó el seguimiento al plan operativo el cual logró un avance del 54% a junio de la presente vigencia y fue presentado ante el comité de gerencia. La línea estratégica de salud mental con excelencia, presenta un avance del 67%, mejoramiento institucional del 58%, fortalecimiento de las capacidades institucionales 49%, docencia e investigación el 57%, sostenibilidad y rentabilidad financiera el 51%, todo esto sobre una meta del 45% establecida a junio de 2025.	Se evidenció por el asesor de control interno que en el primer semestre del año 2026, se realizó el seguimiento al plan operativo el cual logró un avance del 54,5% a junio de la presente vigencia y fue presentado ante el comité de gerencia. La línea estratégica de salud mental con excelencia, presenta un avance del 56,1%, mejoramiento institucional del 55,2%, fortalecimiento de las capacidades institucionales 52,8%, docencia e investigación el 60%, sostenibilidad y rentabilidad financiera el 53,3%, todo esto sobre una meta del 45% establecida a junio de 2026.

Direccionamiento Estrategico	Probabilidad de impacto economico y reputacional por incumplimiento de la normatividad vigente relacionada con la supervisión de los contratos, para favorecimiento del cliente interno o externo.	Alta	Moderada	Determinar el responsable de supervisar el manejo de la plataforma SECOP II, como medida de control frente a las actividades contractuales que maneja la institución	1. Se verificó en la muestra tomada y revisada por control interno de los contratos ejecutados en la vigencia 2025 que los supervisores de contrato realizaron los informes y estos se pueden verificar en la plataforma del Secop II. Se continua con las capacitaciones para que haya mayor adherencia al procedimiento .Nuevo control	Se verificó en la muestra tomada y revisada por control interno de los contratos ejecutados en la vigencia 2026, que los supervisores de contrato realizaron los informes y reportan el cargue en la plataforma SECOP II (Se verifico en la plataforma). Se invito a participar a la oficina de control interno, a la capacitacion y retroalimentacion del proceso contractual y manejo de plataforma SECO II a todos los supervisores de contrato de la entidad, ademas de brindar apoyo en el semestre a los supervisores que tuvieron duda relacionadas con el cumplimiento de las obligaciones contractuales de cada contrato y manejo de plataforma SECO II.
Direccionamiento Estrategico	Posibilidad de impacto economico y reputacional por adquirir bienes innecesarios, para favorecimiento propio o de un tercero y que no cumplen con las especificaciones técnicas establecidas en el contrato y la necesidad del servicio y no fueron incluidas en el plan anual de adquisiciones	Alta	Moderada	Definir como una de las función en el comité de compras el analisis de de la adquisicion y verificación de los criterios.	Al seguimiento se estableció que se presentó ante la alta dirección el plan anual de adquisiciones para la vigencia 2025, en donde se realizaron los ajustes solicitados por los líderes de proceso en la vigencia, todos estos ajustes requirieron la aprobacion de la subgerencia administrativa y se realizó el trámite en la plataforma del Secop II transaccional.	Al seguimiento se estableció que se presentó ante la alta dirección el plan anual de adquisiciones para la vigencia 2026, en donde se realizaron los ajustes solicitados por los líderes de proceso en la vigencia, todos estos ajustes requirieron la aprobacion de la subgerencia administrativa y se realizó el trámite en la plataforma del Secop II transaccional. Se evidencio en comité que se revisa cada una de las compras que realiza la institucion, la necesidad y su viabilidad financiera, permitiendo ejecutar un proceso responsable con las finanzas y con la efectividad de la adquisicion de bienes para la ejecucion de las actividades de la institucion.
Docencia - Servicio e Investigación	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por daño al paciente por falta de supervisión del docente durante las práctica clínica o en el desarrollo de una investigación debido a la falta de adherencia de los protocolos por parte de los estudiantes o investigadores	Moderada	Bajo	Fortalecer la supervisión y acompañamiento del docente o tutor durante las prácticas clínicas y el desarrollo de investigaciones, mediante la verificación del cumplimiento de los protocolos institucionales, la inducción y reinducción a estudiantes e investigadores sobre seguridad del paciente y la implementación de registros de seguimiento que evidencien la supervisión y adherencia a los procedimientos establecidos.	1. Se estableció que en la vigencia 2025, se realizaron verificaciones de los anexos técnicos y las delegaciones progresivas de funciones, proporcionadas por las diferentes universidades y se revisaron las actas de los CODAS y se cumplieron todos los acuerdos establecidos en la relación docencia-servicio. 2. Se llevó a cabo una verificación en una muestra seleccionada de la historia clínica, confirmando que se habían realizado los registros correspondientes por parte del supervisor o profesor en aquellos casos donde los estudiantes participaron en la atención al paciente. 3. Se verifica que se revisaron las pólizas de responsabilidad civil consignadas en las carpetas de las universidades que maneja la subgerencia científica y se ingreso a los links suministrados por las universidades para la revisión en sus propios reservorios. 4. Se realizaron sesiones de inducción para los estudiantes, en donde se abordaron temas como la humanización, seguridad del paciente, guías y protocolos de atención y el reglamento de práctica formativa. La comprensión de los estudiantes se evalúa y se cuenta con los registros de asistencia.Igualmente la inducción queda disponible en la plataforma del hospital para consulta permanente.	Para el primer semestre del año 2026, se realizo revision de los anexos tecnicos y las delegaciones progresivas de funciones, proporcionadas por las diferentes universidades y se revisaron las actas de los CODAS, donde se evidencia el cumplimiento de todos los acuerdos establecidos en la relación docencia-servicio. Se llevó a cabo una verificación en una muestra seleccionada de la historia clínica, confirmando que se habían realizado los registros correspondientes por parte del supervisor o profesor en aquellos casos donde los estudiantes participaron en la atención al paciente. Se revisaron las pólizas de responsabilidad civil consignadas en las carpetas de las universidades que maneja la subgerencia científica y se ingreso a los links suministrados por las universidades para la revisión en sus propios reservorios. Se evidencio que se realizaron sesiones de inducción del 100% para los estudiantes, en donde se abordaron temas como la humanización, seguridad del paciente, guías y protocolos de atención y el reglamento de práctica formativa. La comprensión de los estudiantes se evalúa y se cuenta con los registros de asistencia. Igualmente la inducción queda disponible en la plataforma del hospital para consulta permanente.
Docencia - Servicio e Investigación	Probabilidad de impacto operacional por ocurrencia de un accidente biológico o físico al estudiante en el escenario de la práctica clínica debido a la ejecución de actividades asociadas a la atención	Moderada	Bajo	Implementar y fortalecer las acciones de prevención de accidentes biológicos y físicos en los escenarios de práctica clínica, mediante la inducción y capacitación a estudiantes sobre bioseguridad, uso adecuado de elementos de protección personal (EPP), cumplimiento de los protocolos institucionales y el seguimiento permanente por parte de los docentes o tutores responsables de la práctica.	1. Se validó el esquema completo de vacunación por el Coordinador de Docencia Servicio e Investigación, las cuales son enviadas al inicio del periodo académico, requisitos sin el cual no se puede iniciar la práctica. 2. Se verificó en las carpetas de las universidades la afiliación de los estudiantes a la ARL. 3. Se evidencia que de enero a agosto de 2025 se realizaron sesiones de inducción para los estudiantes, abordando temas como la humanización, seguridad del paciente, guías y protocolos de atención y el reglamento de práctica formativa.	Se validó el esquema completo de vacunación por el Coordinador de Docencia Servicio e Investigación, las cuales son enviadas al inicio del periodo académico, requisitos sin el cual no se puede iniciar la práctica. Se verificó en las carpetas de las universidades la afiliación de los estudiantes a la ARL. Se evidencia que de enero a agosto de 2026 se realizaron sesiones de inducción para los estudiantes, abordando temas como la humanización, seguridad del paciente, guías y protocolos de atención y el reglamento de práctica formativa. Se evidencio registro de asistencia
Docencia - Servicio e Investigación	Posibilidad de impacto operacional por omisión del consentimiento informado en el proceso de investigación al participante debido a la falta de adopción de buenas prácticas del investigador.	Moderada	Bajo	Verificar en las sesiones del Comité de Ética en Investigación la aprobación y uso del consentimiento informado en los proyectos de investigación institucional, así como socializar y exigir la aplicación de la Guía para el Consentimiento Informado (GUI-DSI-02) a los investigadores, dejando evidencia en las actas del comité y realizando seguimiento al cumplimiento de este requisito ético.	1. En la vigencia 2025 se verificaron todas las actas del comité de ética en donde se aprobaron los consentimientos informados y los avales para los proyectos de investigación institucional. 2. La oficina de docencia servicio e investigación indica a todos los investigadores la existencia de la GUI-DSI-02 Guía para el Consentimiento Informado, verificando la adherencia en actas del comité de ética. 3. Control identificado en agosto de 2025.	En la vigencia 2026 se revisaron las actas del comité de ética en donde se aprobaron los consentimientos informados y los avales para los proyectos de investigación institucional. La oficina de docencia servicio e investigación indica a todos los investigadores la existencia de la GUI-DSI-02 Guía para el Consentimiento Informado, verificando la adherencia en actas del comité de ética.

Docencia - Servicio e Investigación	Posibilidad de impacto reputacional y económico por el manejo de la confidencialidad del paciente por parte del estudiante que hace parte de la práctica clínica o de los profesionales en investigación, debido facilidad de acceso a la historia clínica.	Moderada	Bajo	Realizar inducción a los estudiantes en práctica clínica sobre el manejo de la confidencialidad de la historia clínica y el adecuado tratamiento de la información del paciente, garantizando el diligenciamiento del formato FOR-GIN-42 para la asignación de permisos de acceso. Asimismo, verificar el cumplimiento de los protocolos de manejo de datos en los proyectos de investigación, los cuales son revisados y avalados en los comités de ética e investigación, con el fin de asegurar la protección de la información y verificar	1. De enero a agosto de 2025 se realizó inducción a los estudiantes sobre manejo de confidencialidad de la historia clínica y se verificó que estos permisos fueron diligenciados a través del formato FOR-GIN-42. 2. Se verificó el manejo adecuado de los datos y del archivo de acuerdo a los protocolos de investigación, protocolos que son revisados en los comités de ética e investigación.	De enero a agosto de 2026 se realizó inducción a los estudiantes sobre manejo de confidencialidad de la historia clínica y se verificó que estos permisos fueron diligenciados a través del formato FOR-GIN-42.
						Se verificó el manejo adecuado de los datos y del archivo de acuerdo a los protocolos de investigación, protocolos que son revisados en los comités de ética e investigación.
Gestión de la Información	Probabilidad de impacto económico, reputacional y operacional por el acceso no autorizado y el hackeo a los sistemas de información, debido a que no se realiza el backup de la información priorizada y no se aplican las recomendaciones de seguridad	Moderada	Bajo	periódicamente los mecanismos de respaldo y seguridad de la información institucional, garantizando la realización de copias de seguridad de las bases de datos en diferentes medios y frecuencias. Esto incluye la generación mensual de backups almacenados en DVD y custodiados en la caja fuerte de tesorería con su respectivo registro de entrega, el almacenamiento de copias de los últimos tres días en el Drive institucional licenciado, y el funcionamiento de los equipos de seguridad perimetral con licencias vigentes (2024–2027). Asimismo, se realiza seguimiento a la implementación del procedimiento actualizado de Backup, el cual establece la ejecución de respaldos diferenciales con frecuencia horaria	1.- Se verifica que en la primera semana de cada mes se quema en unidad de DVD el backup de las bases de datos y se llevan a la caja fuerte de la tesorería con un oficio radicado de recibido de los DVDS y se cuenta con carpeta de recibido. 2.- Se verificó que en el DRIVE licenciado de la institución reposan los backups de las bases de datos de los últimos 3 días 3. El HDPUV cuenta con dos equipos de seguridad perimetral con su respectiva licencia vigente, en alta disponibilidad donde se configuran las políticas de navegación de la institución, cuyos equipos y licenciamientos se renovaron por 3 años del 2024 al 2027. 4. Igualmente al finalizar la vigencia 2024 se actualizó el procedimiento de Backup incrementando la frecuencia del Backup diferencial cada hora y se hace seguimiento de enero a agosto de 2025 sobre su implementación.	Se verifico el cumplimiento en la realizacion de backups en los tiempos establecidos por la entidad (primera semana de cada mes) y se almacena la informacion en unidades de DVD, para posteriormente ser llevadas a la caja fuerte de la tesoreria con un oficio radicado de recibido de los DVDS y se cuenta con carpeta de recibido (Se oficios radicados).
						Se verificó que en el DRIVE licenciado de la institución reposan los backups de las bases de datos de los últimos 3 días
						El HDPUV cuenta con dos equipos de seguridad perimetral con su respectiva licencia vigente, en alta disponibilidad donde se configuran las políticas de navegación de la institución, cuyos equipos y licenciamientos se renovaron por 3 años del 2024 al 2027. Se aplica el procedimiento de Backup donde se realizan los backup de la informacion sensible con la frecuencia y periodicidad estipulada, quedando la copia en la NAS del Hospital.
Gestión de la Información	Posibilidad de impacto económico, reputacional y operacional por fallas en los servidores del datacenter y disponibilidad de la información debido al desconocimiento y/o inadecuada manipulación del uso de los recursos tecnológicos.	Alta	Moderada	Garantizar la disponibilidad y seguridad de los servidores del datacenter mediante la ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo con proveedor especializado, la realización diaria de copias de seguridad de los servidores verificando su ejecución exitosa, y la implementación de simulacros para evaluar la alta disponibilidad y el funcionamiento de los equipos de seguridad perimetral. Asimismo, asegurar la vigencia de las licencias de antivirus y de los equipos de seguridad perimetral (2024–2027) y el cumplimiento del manual y la política de seguridad de la información, controlando el acceso al datacenter únicamente a personal autorizado.	1. Se evidencio por control interno que se realizo la ejecución del cronograma de mantenimiento del primer semestre de la vigencia 2025, a través del proveedor Omega Soluciones SAS 2. Se evidenció que se realizó de forma diaria el Backup de los servidores del hospital, evidenciando que al generar el reporte todos los backups se completan de forma exitosa 3. Se evidencia que se realizó el simulacro para evaluar la alta disponibilidad y el funcionamiento de los equipos de seguridad perimetral en el primer semestre de 2025. 4. Se verificó que las licencias del antivirus y los equipos de seguridad perimetral se renovaron por 3 años quedando con una cobertura del 2024 al 2027. 5. Se verificó que se cumplió con lo establecido en el manual y la política de seguridad de la información y uso de los recursos informáticos, controlando el acceso al data center el cual cumple con las restricciones para el personal no autorizado.	Se evidencio por control interno que se realizo la ejecución del cronograma de mantenimiento del primer semestre de la vigencia 2026, a través del proveedor ITAAS S.A.S..
						Reposa en la oficina de Sistemas el formato de seguimiento de forma semestral de mantenimiento de equipo FOR-GIN-45
						Se constato que el profesional universitario de sistemas es el supervisor el contrato del backup externo y realiza el proceso de verificar que la información se guardado exitosamente.
						El día 18 de enero de 2026, el area de sistema del HDPUV, realizo un simulacro de prueba del plan de contingencia manual, permitiendo conocer el estado y la reaccion acertiva ante cualquier novedad que se presentara, tambien se realizo la verificacion del cronograma de simulacros para la vigencia 2026, donde se evidencia que esta programado la realizacion de un nuevo simulacro con presentacion de informe tecnico, en el segundo semestre del año.
						Se verificó que las licencias del antivirus y los equipos de seguridad perimetral se renovaron por 3 años quedando con una cobertura del 2024 al 2027.
Gestión de la Información	Posibilidad de impacto económico y reputacional por vulnerabilidad de acceso a la información física o electrónica, o por errores en la creación de usuarios y en la asignación de privilegios, debido al acceso no autorizado a la información institucional hurto y/o Hackeo al sistema de información	Alta	Moderada	Fortalecer el control de acceso y la protección de la información institucional mediante la firma de acuerdos de confidencialidad por funcionarios y contratistas, la socialización de las políticas de seguridad de la información en los procesos de inducción y reintroducción, y la adecuada gestión de usuarios en el sistema de información a través del formato FOR-GIN-42. Asimismo, controlar el acceso a la información física y electrónica mediante el diligenciamiento de los	1.- Se verifica por control interno que el área de talento humano procedió a informar a los nuevos funcionarios sobre el acuerdo de confidencialidad y se verificó con la firma del funcionario que reposa en la hoja de vida. 2. Se verificó por control interno que los contratos tienen la cláusula de confidencialidad de la información para que sea cumplida por el contratista a la fecha se esta incluyendo en los contratos CAO. 3. Se verifico que se realizó la socializacion de las politicas y el manual de seguridad en la induccion y reintroduccion realizada en la vigencia 2025 en la plataforma digital Learning-Management-System, establecida por la institución. 4. Se verificó que se gestiona el formato de activar o inactivar usuarios FOR-GIN-42, para crear usuarios en el sistema de informacion Hosvital. Se revisaron formatos de la vigencia 2025 en donde las autorizaciones estan acordes a las fechas de solicitudes. 5. . Control interno evidenció que el técnico de archivo diligencia el formato de préstamo de documentos FOR-GIN-11. Igualmente se evidenció que la auxiliar administrativa de estadística diligencia el formato de solicitud y entrega de historia	Se verifica por control interno que el área de talento humano procedió a informar a los nuevos funcionarios sobre el acuerdo de confidencialidad y se verificó con la firma del funcionario que reposa en la hoja de vida.
						Se verificó por control interno que los contratos tienen la cláusula de confidencialidad de la información para que sea cumplida por el contratista.
						Se verifico en el proceso de induccion recibida en el cargode Asesor de Control Interno, que se realizó la socializacion de las politicas y el manual de seguridad en la induccion y reintroduccion realizada en la vigencia 2026 en la plataforma digital Learning-Management-System (Sistema de Gestion de Aprendizaje) establecida por la institución.
						Se verificó que se gestiona el formato de activar o inactivar usuarios FOR-GIN-42, para crear usuarios en el sistema de informacion Hosvital. Se revisaron formatos de la vigencia 2026 en donde las autorizaciones estan acordes a las fechas de solicitudes.

				mediante el cumplimiento de los formatos FOR-GIN-11, FOR-GIN-09, FOR-GIN-39 y FOR-GIN-40, conforme al procedimiento PRO-GIN-08.	administrativa de estadística diligencia en formato de solicitud y entrega de historia clínica FOR-GIN-09. 6. Se verificó que el profesional especializado del área de estadística da cumplimiento al procedimiento de estadística y control de la información PRO-GIN-08 y se verificó que gestiona el formato de solicitud de información FOR-GIN-39 y que realizó la trazabilidad a través del formato seguimiento a solicitudes FOR-GIN-40	Control interno evidenció que el técnico de archivo diligencia el formato de préstamo de documentos FOR-GIN-11. Igualmente se evidenció que la auxiliar administrativa de estadística diligencia el formato de solicitud y entrega de historia clínica FOR-GIN-09 conforme a lo establecido por la institución. Se verificó que el profesional especializado del área de estadística da cumplimiento al procedimiento de estadística y control de la información PRO-GIN-08 y se verificó que gestiona el formato de solicitud de información FOR-GIN-39 realizando la trazabilidad a través del formato seguimiento a solicitudes FOR-GIN-40
Gestión de la Información	Posibilidad de impacto económico y operacional por fallo en la prestación del servicio de internet en el hospital, debido a la caída del canal y/o daño del switch de internet que suministra el servicio.	Moderada	Bajo	Asegurar la continuidad del servicio de internet mediante la contratación y seguimiento del canal principal de internet dedicado, así como la implementación de un canal de respaldo con un proveedor diferente, cumpliendo la normativa para la prestación del servicio de telemedicina. Asimismo, realizar seguimiento al contrato e implementar simulacros de continuidad del servicio conforme al cronograma institucional.	1. Se verificó que se suscribió contrato con la empresa RECURSOS TECNOLOGICOS S.A.E.S.P en donde se adquirió por 12 meses la prestación del servicio de internet dedicado de 80mbps, logrando tener un mayor respaldo en el servicio de internet para la óptima operación de la entidad. Se observó que la profesional universitaria de sistemas, realizó el seguimiento al contrato de internet del canal principal y el informe de supervisión fue verificado en la carpeta contractual y en el Secop II. Adicional al finalizar la vigencia 2024 se contrato un canal de internet de respaldo de 80 Mbps con la Empresa telefónica Movistar para dar respaldo al canal principal de la empresa ERT, por cuanto el Hospital tiene habilitado el servicio de Telemedicina, la normativa exige tener dos canales de internet de diferente proveedor. 2. Se verificó que el cronograma de simulacros para la vigencia 2025 se realizara en el segundo semestre.	Se observó que la profesional universitaria de sistemas, realiza la supervisión (verificado Secop II y carpeta contractual) y seguimiento al contrato de internet del canal principal con la empresa Recursos Tecnológicos S.A.E.S.P ; y del contrato del canal de respaldo con la empresa Movistar para dar respaldo al canal principal, ya que por normatividad cuando el Hospital tiene habilitado el servicio de Telemedicina, debe tener dos canales de internet de diferente proveedor. Se verificó que el profesional universitario de sistemas realiza plan anual de simulacro de contingencia, permitiendo verificar la prestación del servicio de internet del canal de respaldo y generando su respectivo informe que se debe ser socializado ante el equipo de Gerencia. De acuerdo al cronograma, el simulacro para la vigencia 2026 se realizara en el segundo semestre.
Gestión de la Información	Posibilidad de impacto económico y reputacional por pérdida o deterioro doloso de la información documental que reposa en el archivo central, debido al incumplimiento de las funciones y de la aplicación del código de conducta y buen gobierno, que debe cumplir todo el personal que labora en el archivo central, con el objeto de obtener un favorecimiento propio o de un tercero	Alta	Moderada	Actualizar y ajustar la Política de Gestión Documental conforme a la normatividad vigente, articulándola con la política de información estadística y la política de transparencia, con el fin de fortalecer los controles en el manejo, custodia y conservación de la información documental del archivo central.	Se verificó por control interno que la política de gestión documental no se encuentra ajustada conforme a la normatividad vigente, política que debe estar que se ajusto a articulada con la política de información de estadística y la política de transparencia.	Se verificó por control interno que el técnico administrativo de gestión documental implementa acciones preventivas que permiten dentro de sus posibilidades mantener un cuidado y custodia efectiva de los documentos que producen las diferentes áreas de proceso y que son transferidos al archivo central, registrándolo en el formato estandar establecido por el HDPUV, donde reposa la información de quien lo solicita, el objeto de la solicitud, nombre del documento, número de folios solicitados, fecha de retiro y devolución, además que realiza el seguimiento para el cumplimiento de los tiempos y la devolución de los documentos en las condiciones entregadas. Además, se confirma que se ha venido realizando acciones de ajustes en el cumplimiento de la normatividad reglamentaria para la implementación de tablas de retención, con el apoyo de la Gobernación del Valle del Cauca, esperando poder articular la política de gestión documental con la política de información de estadística y de transparencia.
						Se evidencio que durante el primer semestre del año 2026 el técnico administrativo de gestión documental realizó seguimiento a los 10 documentos prestados y se encuentran registrados en el formato FOR-GIN 11 .
Gestión del Ambiente Físico (ASOCIADO A TECNOVIGILANCIA)	Posibilidad de impacto operacional por Inadecuada o inoportuna intervención en mantenimientos de equipos e infraestructura hospitalaria debido a deficiencias en la asignación de recursos humanos, técnicos y financieros para la realización de los mantenimientos requeridos para mantener la infraestructura hospitalaria en óptimas condiciones	Moderada	Bajo	Asegurar la ejecución oportuna del mantenimiento de equipos e infraestructura hospitalaria mediante el cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo, el seguimiento a las órdenes de mantenimiento registradas y la gestión de los procesos de contratación y adquisición de insumos necesarios, asegurando el control mediante indicadores periódicos y el seguimiento a las solicitudes de mantenimiento.	1. Se verifica que se ha ejecutado un 98% del cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo con ejecución controlada, mediante indicadores mensuales en la vigencia 2025 2. Se verificó que el líder de servicios administrativos elaboró el plan anual de adquisiciones de su proceso, con ejecución controlada mediante indicadores bimestrales para la vigencia 2025. 3. Se verificó que el técnico administrativo de Servicios Administrativos recepcionó todas las solicitudes (biomédica) de mantenimiento recibidas a través de Bitácoras, correspondencia interna o solicitudes impresas, diligenció el cuadro en excel de seguimiento a órdenes de mantenimiento, asignó contratista encargado, asignó número de orden para control y seguimiento e informó al usuario del número de orden y responsable de la solución y realizó seguimiento del trabajo hasta dar por terminada la solicitud.Se recepcionaron 1083 órdenes de mantenimiento a julio de 2025. 4. Se verificó que se realizó conforme al procedimiento los procesos de contratación para los servicios de mantenimiento de labores especiales y el suministro de insumos para ejecutar las actividades de mantenimiento. Al seguimiento por control interno julio de 2025 se han realizado 2 contratos para mantenimiento de equipos biomédicos.	Se verificó que se realizó conforme al procedimiento los procesos de contratación para los servicios de mantenimiento de labores especiales y el suministro de insumos para ejecutar las actividades de mantenimiento. Al seguimiento por control interno a julio de 2026 se han realizado 15 contratos para mantenimiento.
						Se ha ejecutado un 92% del cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo con ejecución controlada, mediante indicadores mensuales del primer semestre de la vigencia 2026 (Meta: 90%) Se verificó que el líder de servicios administrativos elaboró el plan anual de adquisiciones de su proceso, con ejecución controlada mediante indicadores bimestrales para la vigencia 2026. Se verificó que el técnico de Servicios Administrativos continúa con la recepción de todas las solicitudes (biomédica) de mantenimiento recibidas a través de correspondencia interna o solicitudes impresas. Diligencia el cuadro en excel de seguimiento a órdenes de mantenimiento, asigna encargado, número de orden para control, seguimiento, informa al usuario del número de orden, responsable de la solución y realiza seguimiento del trabajo hasta dar por terminada la solicitud. Se recepcionaron 1055 órdenes de mantenimiento entre enero y julio de 2026.

Gestión del Ambiente Físico	Posibilidad de impacto operacional por dificultad para el traslado de pacientes debido a deficiente servicio de mantenimiento a los automotores	Bajo	Bajo	Garantizar la disponibilidad y adecuado funcionamiento del parque automotor mediante la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a los vehículos institucionales, con el fin de asegurar el traslado oportuno de pacientes y el cumplimiento de las actividades asistenciales y administrativas.	Se observa por control interno que los vehículos que se adquirieron en la vigencia pasada están siendo utilizados para el transporte asistencial de pacientes y para fines administrativos. Se verificó que se realizaron los mantenimientos preventivos y correctivos al parque automotor habilitado.	Se observa por control interno que los vehículos que se adquirieron en la vigencia pasada están siendo utilizados para el transporte asistencial de pacientes y para fines administrativos. Se verificó que se realizaron los mantenimientos preventivos y correctivos al parque automotor habilitado.
Gestión del Ambiente Físico	Posibilidad de impacto en la prestación de servicio por falla de la tecnología debido a la ausencia de insumos o accesorios de los equipos	Moderada	Bajo	Garantizar la disponibilidad de insumos y accesorios para los equipos mediante su inclusión y ejecución en el Plan Anual de Adquisiciones, realizando seguimiento periódico a su cumplimiento para asegurar la continuidad en la prestación del servicio.	Se verifica que en el plan anual de adquisiciones están incluidas las necesidades de contratación para la presente vigencia fiscal y se han ejecutado a diciembre de 2025 el 90% del plan.	Se verifica que en el plan anual de adquisiciones están incluidas las necesidades de contratación para la presente vigencia fiscal incluidas las de realizar contratos con un proveedor especializado en el suministro de insumos y repuestos de equipos existentes en el hospital. Se visualiza que el técnico administrativo, lleva reporte de la revisión periódica (Hojas de vida de los equipos).
Gestión del Ambiente Físico	Posibilidad de impacto ambiental por inadecuada segregación de residuos debido a la falta de capacitación y clasificación de residuos sólidos a la comunidad hospitalaria	Moderada	Bajo	Fortalecer la adecuada segregación de residuos mediante la capacitación a la comunidad hospitalaria, la verificación del cumplimiento del código de colores en los contenedores y el control del inventario de bolsas para residuos, realizando seguimiento conjunto con los gestores externos y dejando registro en el formato FOR-GAF-14.	1. Se verificó que se continuó dando cumplimiento a la segregación de residuos de acuerdo al código de colores vigente en los contenedores. 2. El Profesional Universitario de Servicios Administrativos realizó el inventario de manera mensual de bolsas y elaboró el requerimiento de la cantidad que se requieren mensualmente para dar cumplimiento a la segregación de residuos de acuerdo al código de colores vigente 3. Se verificó que el profesional Universitario de Servicios administrativos en conjunto con el proveedor de limpieza y desinfección realizaron seguimiento al inventario de bolsas, dejando registro en FOR-GAF-14. 5. El Profesional Universitario de Servicios Administrativos realizó capacitación en segregación de residuos generados por la comunidad hospitalaria, en conjunto con los gestores externos (proveedores) Se realizaron con promovalle, con RH SAS gestor externo de residuos peligrosos y Promovalle gestor de residuos no peligrosos y capacitación con Asobosur gestor externo de residuos aprovechables.	El profesional universitario administrativo realiza periódicamente (entre abril y junio) el inventario y diagnóstico de necesidades de contenedores, se registro la necesidad en el FOR-DES-08, autorizado por la gerencia mediante el FUN 121 del mes de agosto de 2026 El Profesional Universitario de Servicios Administrativos realizó el inventario de manera mensual de bolsas y elaboró el requerimiento de la cantidad que se necesita mensualmente para dar cumplimiento a la segregación de residuos de acuerdo al código de colores vigente, Se verificó que el profesional Universitario de Servicios administrativos en conjunto con el proveedor de limpieza y desinfección realizaron seguimiento al inventario de bolsas, dejando registro en FOR-GAF-14. Se evidencia el diligenciamiento del registro Se evidencia que el profesional Universitario de Servicios administrativos en conjunto con el proveedor de limpieza y desinfección, realizaron la auditoria del inventario de bolsas plásticas en cada una de las áreas específicas del Hospital. Se evidencio el diligenciamiento del registro en FOR-GAF-14 donde se registra la consolidación de residuos y ajustes correspondientes El Profesional Universitario de Servicios Administrativos realizó el Plan de Capacitación 2026 en segregación de residuos generados por la comunidad hospitalaria en conjunto con los gestores externos (proveedores), promovalle, RH SAS, gestor externo de residuos peligrosos y Promovalle gestor de residuos no peligrosos, donde se impartió una capacitación con Asobosur gestor externo de residuos aprovechables La Profesional Universitario de Servicios Administrativos realiza la ejecución del plan de capacitación en segregación de residuos generados por la comunidad hospitalaria, con el apoyo de gestores externos. Se evidencia la realización de capacitación del día 08 de mayo, también participación en la semana de SST en el mes de julio conforme a lo establecido en el plan de capacitaciones registrado.
Gestión del Ambiente Físico	Posibilidad de impacto ambiental por utilizar productos químicos sin etiquetación, debido a falta de control en el uso de sustancias químicas Nuevo riesgo identificado	Moderada	Bajo	Fortalecer el control en el manejo seguro de sustancias químicas mediante la aplicación del procedimiento institucional actualizado, la capacitación al personal sobre su uso y almacenamiento, y la verificación de que los productos cuenten con etiquetas, hoja de seguridad y ficha técnica, realizando seguimiento a través de auditorías ambientales y acciones de mejora	1. Se continúa con la aplicación del procedimiento de manejo de uso seguro de sustancias químicas que fue actualizado en la vigencia 2024. 2. Se verificó que se han realizado 2 capacitaciones en el primer semestre de la vigencia 2025 relacionada con el manejo de sustancias químicas, se realizó una capacitación con personal del almacén y otra capacitación con el proveedor de aseo externo. 3. Se estableció que los químicos que ingresan al almacén deben tener hoja de seguridad y ficha técnica de cada uno de los productos en cumplimiento de la normativa, se revisa fecha de vencimiento en cada uno de los rotulos del producto, se realizó capacitaciones al personal, se realizó auditoria ambiental con soporte de empresa asesora Dinamica, se realizaron diferentes reuniones para mejorar los hallazgos evidenciados por el ICONTEC y por la Auditoria Interna igualmente estas acciones de mejora han impactado positivamente en el manejo de los productos químicos que se usan dentro del hospital.	El Líder de servicios administrativos con el profesional universitario de servicios administrativos y la auxiliar administrativa del almacén, realizaron revisión del procedimiento para el proceso del manejo de sustancias químicas, donde se concluyó que se está cumpliendo con el procedimiento de la institución y que se continuará manejando el procedimiento existente. Se verificó que se han realizado 1 capacitaciones en el primer semestre de la vigencia 2026 en el mes de febrero, relacionada con el manejo de sustancias químicas, se realizó una capacitación con personal del almacén y otra capacitación con el proveedor de aseo externo. Se evidencio listado de asistencia de parte de control interno. Se evidencia que el auxiliar de almacén verifica y aprueba la entrega de productos químicos por parte de proveedores cumpliendo las estipulaciones de identificación de los mismos en envase original o reenvasado. Se evidencia diligenciamiento de hoja de seguridad y ficha técnica de cada uno de los productos, registrando entre otras cosas la fecha de vencimiento, rotulos. Se evidencia desde la oficina de control interno, que el profesional universitario se programó en apoyo del Sistema Integrado de Gestión SSG, auditorías en las diferentes áreas, donde incluye el almacén (temas: identificación, almacenamiento y manipulación de las sustancias químicas).

						Se evidencia que el profesional Universitario de Servicios Administrativos realizo el plan de capacitacion en la identificacion y manipulacion de elemetos quimicos reenvasados, lo cual se esta cumpliendo de acuerdo a lo programado. El Plan de Capacitacion en la identificacion y manipulacion de elementos quimicos reenvasados se evidencio que existe y que se esta cumpliendo conforme a la programacion establecida por el area.
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de Pérdida económica y operacional por sanciones de los entes de control o manifestaciones por insatisfacción de las partes interesadas debido al incumplimiento en la presentación de informes, requerimientos y solicitudes en los términos de ley.	Moderada	Moderada	Asegurar la presentación oportuna y completa de los informes, requerimientos y solicitudes de los entes de control mediante el seguimiento al cronograma institucional de reportes y la verificación del cumplimiento en las diferentes plataformas establecidas por las entidades de control.	Durante la vigencia fiscal 2025 se dio cumplimiento con suficiencia y oportunidad a todos los informes que se deben rendir en las diferentes plataformas requeridas por las entidades de control, evitando sanciones por incumplimiento.	Durante el primer semestre de la vigencia fiscal 2026, desde la Oficina de Control Interno ha realizado seguimiento estricto a la presentación de informes de todas las áreas vinculantes a entrega de reportes a entes de control o informacion Se dio cumplimiento con suficiencia y oportunidad a todos los informes que se deben rendir en las diferentes plataformas requeridas por las entidades de control, evitando sanciones por incumplimiento. Se evidencia que la oficina Asesora Jurídica realizo seguimiento y respuesta oportuna a en los tiempos a los requerimientos interpuestos por las partes interesadas (Se verifico en la matriz) Durante la vigencia fiscal 2026 se dio cumplimiento con suficiencia y oportunidad a todos los informes que se deben rendir en las diferentes plataformas requeridas por las entidades de control, evitando sanciones por incumplimiento. Desde el área de Gestion humana constantemente realiza proceso de verificación y ajustes a la matriz de informacion de informes relacionados con su area,
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de pérdida económica e impacto sobre el Talento Humano por sanciones moratorias interpuestas por las administradoras adscritas al SGSSS, por la no afiliación de servicios de salud, procesos disciplinarios para el responsable del proceso de afiliación, e insatisfacción del funcionario debido a la falta de cobertura en salud y seguridad social.	Bajo	Bajo	Asegurar la afiliación oportuna de los funcionarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el reporte y gestión inmediata de las novedades por parte del área de Talento Humano, realizando seguimiento periódico para garantizar la cobertura en salud y evitar sanciones por incumplimiento.	En la vigencia 2025 no hubo sanciones moratorias interpuestas por las administradoras adscritas al SGSSS, a causa de la no afiliación de servicios de salud. Cuando se presentan novedades éstas son reportadas oportunamente por el área de Talento Humano.	El Técnico Administrativo (Aseguramiento) se aplico el procedimiento de ingreso de personal PRO-GTH-001, una vez visado el acto administrativo de vinculación, realizo las afiliaciones a las administradoras del SGSSS, reporte de novedad mediante evidencia física y soportes de afiliación que reposan en historia laboral. Se evidencio desde el area de Control Interno qu El Profesional Universitario (Nómina) realiza la creación de los nuevos funcionario en el sistema integrado de nómina ,con base en evidencia que reposa en historia laboral suministrada por el Técnico Administrativo (Aseguramiento). El Técnico Administrativo (Aseguramiento) realiza la verfica de afiliación al SGSSS, y se valida la lista de chequeo Requisitos de Ingreso para vinculación, empleos de Planta de Cargos FOR-GTH-22 (Formato verificado por C.Asesor de Control Interno. El Profesional Universitario (Nómina) confirma la afiliación al SGSSS, a través de la liquidación y pago de aportes al Sistema de la Protección Social
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de impacto operacional por queja o reclamo de los funcionarios debido a reprocesos en la liquidación de la nómina por reportes de novedades extemporáneos o errores involuntarios en su ejecución.	Bajo	Bajo	Asegurar la correcta y oportuna liquidación de la nómina mediante la aplicación de los controles establecidos en el proceso y la verificación de la información reportada, garantizando que los datos utilizados sean veraces y confiables para evitar reprocesos o reclamaciones por parte de los funcionarios.	El proceso de la liquidación de la nómina se viene realizando de manera oportuna, cumpliendo con los controles establecidos en los riesgos y demás autocontroles para generar la nómina con información veráz y confiable y no se presentó ninguna novedad de enero a agosto de 2025.	El proceso de la liquidación de la nómina se viene realizando de manera oportuna, cumpliendo con los controles establecidos en los riesgos y demás autocontroles para generar la nómina con información veráz y confiable y no se presentó ninguna novedad de enero a julio de 2026. El proceso de la liquidación de la nómina se viene realizando de manera oportuna, cumpliendo con los controles establecidos en los riesgos y demás autocontroles para generar la nómina con información veráz y confiable y no se presentó ninguna novedad de enero a julio de 2026.
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de impacto económico y reputacional al solicitar o recibir remuneración, dádivas o cualquier otro tipo de compensación en dinero o especie a nombre propio o de terceros, por modificación en valores de la liquidación de la nómina para beneficio propio o de un tercero, debido a fallas en la apropiación de la cultura de integridad basada en la legalidad, gestión íntegra, principios y valores éticos frente a todas las actuaciones orientadas a los grupos de interés.	Moderada	Moderada	Asegurar la transparencia en la liquidación y pago de la nómina mediante la aplicación de controles y validaciones por parte del líder de Gestión de Talento Humano, la Subgerencia Administrativa y Financiera y la Gerencia, así como la verificación de los soportes y autorizaciones correspondientes para el trámite y pago de la nómina, con el fin de prevenir actos indebidos o beneficios a terceros.	Control Interno evidencia que la nómina tiene unos controles preestablecidos y es validada por el líder de programa GTH, Subgerencia Administrativa y Financiera y la Gerencia. Se tomo muestra aleatoria de la liquidación de la nómina, verificando que se cumplieron con los controles establecidos para el pago de la misma, tales como la firma del CDP y visto bueno en los documentos adjuntos de solicitud para el trámite.	Control Interno evidencia que la nómina tiene unos controles preestablecidos y es validada por el líder de programa GTH, Subgerencia Administrativa y Financiera y la Gerencia. Se tomo muestra aleatoria de la liquidación de la nómina, verificando que se cumplieron con los controles establecidos para el pago de la misma, tales como la firma del CDP y visto bueno en los documentos adjuntos de solicitud para el trámite. Control interno realizo seguimiento a la ejecucion del proceso de nomina, reviso planilla de pago de seguridad social, nomina y demas documentos que permiten validar la informacion y sus debidas autorizaciones para el tramite y pago. Se verifico la expedicion de CDP, validacion por subgerencia administrativa y la Gerencia con sus respectivas firmas
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de Impacto operacional por incumplimiento en la ejecución de la inducción, reintroducción y entrenamiento en el puesto de trabajo afectando la prestación del servicio, debido a	Moderada	Moderada	Asegurar la ejecución de las jornadas de inducción, reintroducción y entrenamiento en el puesto de trabajo mediante el desarrollo de actividades de capacitación y socialización institucional a través de	En el primer semestre de 2025 se realizó jornada de inducción y reintroducción institucional en la nueva plataforma virtual E-learning a toda la comunidad hospitalaria.	En el primer semestre del año 2026 se realizó jornada de inducción y reintroducción institucional en la nueva plataforma virtual E-learning a toda la comunidad hospitalaria.

humano	fallas en la integración del funcionario a la cultura organizacional e inasistencia a las jornadas de apropiación del conocimiento, actualización y			apropiación institucional a través de la plataforma virtual institucional, con el fin de fortalecer la integración del personal a la cultura organizacional y mejorar la	institucional en la nueva plataforma virtual E-learning a toda la comunidad hospitalaria.	En el primer semestre del año 2026 se realizó jornada de inducción y reintroducción institucional en la nueva plataforma virtual E-learning a toda la comunidad hospitalaria.
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de impacto operacional por falta de asignación presupuestal con destinación a la ejecución de las actividades propuestas desde el Plan de Bienestar, Estímulos e Incentivos, incumpliendo a los objetivos institucionales y a la normatividad vigente, debido a fallas en la identificación y caracterización de las necesidades propuestas desde el plan para el mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios y sus familias.	Bajo	Bajo	Asegurar la ejecución del Plan de Bienestar, Estímulos e Incentivos mediante la programación y desarrollo de las actividades establecidas, realizando seguimiento periódico a su cumplimiento para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios y al cumplimiento de los objetivos institucionales.	En la vigencia fiscal se desarrollaron actividades que impactaron el cumplimiento del Plan de Bienestar estímulos e incentivos, en donde se observó un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas para el año 2025	Se evidencia el cargue en la pagina institucional del HDPUV, el acto administrativo de adopción del Plan de Bienestar, Estímulos e incentivos para los servidores públicos de la entidad, validado por el Líder de Programa Gestión de Talento Humano, la oficina Asesora de Jurídico y firmado por la Gerente ESE. La informacion del seguimiento de las actividades propuestas desde el cronograma del Plan de Trabajo Bienestar (Formato: FOR-SIG-29) se consolidaron para la información del Indicador Cumplimiento Plan de Bienestar. En el primer semestre de la vigencia fiscal 2026, se desarrollaron actividades que impactaron el cumplimiento del Plan de Bienestar estímulos e incentivos, en donde se observó un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas para el año 2026
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de Impacto operacional por omisión a la normatividad vigente asociada a la evaluación de desempeño laboral EDL, e incumplimiento a los compromisos funcionales y conductuales que no aportan a los objetivos institucionales propuestos, debido a falta de adherencia por parte de evaluados y evaluadores al proceso evaluativo, no identificación de faltantes a competencias, incumplimiento a la normatividad que regula los procesos	Bajo	Bajo	Asegurar la realización oportuna de la Evaluación de Desempeño Laboral conforme a la normatividad vigente, mediante el seguimiento al proceso evaluativo y la verificación del cumplimiento de los compromisos funcionales y comportamentales de los funcionarios, con el fin de contribuir al logro de los objetivos institucionales.	La Evaluación del desempeño laboral: Del periodo 1/02/2024 al 31/01/2025 y del 1/02/2025 al 31/07/2025 se cerró satisfactoriamente, la evaluación del I semestre 2025 se desarrolló de acuerdo a los referentes normativos dentro de los primeros quince (15) días del mes de agosto 2025. Igualmente se evidenció que se evaluaron las competencias comportamentales del 100% de los funcionarios. Durante la vigencia del periodo anual del desempeño laboral 2024-2025 se dió cumplimiento a la meta establecida del 100%, respecto del valor cualitativo establecido para las competencias comportamentales, considerando la sumatoria de los niveles de desarrollo Sobresaliente, Satisfactorio y No Satisfactorio. En la evaluación 2024-2025 el 95% fue sobresaliente y el 5% .	Se evidencio la generacion de acto administrativo de adopcion del sistema tipo de la evaluacion de desempeño laborla EDL para los servidores publicos del HDPUV E.S.E. La oficina de Gestion Humana, envió circular con guía a los evaluadores, equipos de trabajo líderes y profesionales con personal a cargo con generacion de informes en el aplicativo diseñado por la CNSC, con el paso a paso de la metodología de la evaluacion de desempeño laboral, ademas en los procesos de induccion y reintroduccion donde participa, se les señala apartes de este proceso con el objetivo de que tengan la informacion actualizada y cuenten con el apoyo del area para el soporte que requieran.
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de Pérdida económica y reputacional por vinculación de funcionarios o contratistas que se encuentren inhabilitados o con incompatibilidad para contratar con el Estado debido a multas y sanciones por parte de entes de control, Procesos disciplinarios y sanciones penales, por encontrarse vinculado con actividades ilícitas, lavado de activos u otro proceso delictivo.	Alta	Alta	Asegurar la verificación de antecedentes y el cumplimiento de los requisitos legales en la vinculación de funcionarios y contratistas, mediante la revisión de la información en las historias laborales, el diligenciamiento del formulario de conocimiento de personas naturales y jurídicas y la capacitación en SICOF y SARLAFT, con el fin de prevenir riesgos asociados a inhabilidades o actividades ilícitas.	Se evidencia en las historias laborales que los funcionarios que ingresaron durante la vigencia 2025, recibieron la formación de SicoF y Sarlaft. De la misma manera se evidenció que reposa en su historia laboral el formulario de conocimiento de personas naturales y jurídicas.	Se evidencio en el primer semestre del año 2026, que el oficial de cumplimiento realizo socializacion de riesgos a los funcionarios y colaboradores del Hospital incluido riesgos Sarlaft. Tambien se evidencio que el profesional universitario diligencia e formato FOR-GTH-22 y el tecnico administrativo actualiza y diligencia el formaro FOR-GTH-20 En este proceso tambien se genera el diligenciamiento del formato FOR-DES-08 formato unico de necesidad. Se evidencio que la Auxiliar Administrativo realizo verificacion de la veracidad de los antecedentes disciplinarios, judiciales y fiscales de las personas que se encuentran en el proceso de vinculacion. Se evidencio que cada una de las areas, realiza la gestion pertinente en cumplimiento al control.
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de impacto operacional, por incumplimiento legal debido a la no asignación de recursos, personal sin competencias para administrar el SGSST, ausencia de planeación del SGSST. Ausencia del compromiso gerencial del SGSST., ausencia de programas para la gestión de riesgos, falta de documentación pertinente al SGSST, falta de controles operacionales, falta de monitoreo y verificación y no reporte a entes de control.	Bajo	Bajo	Asegurar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) mediante el cumplimiento del Plan de Trabajo anual, la ejecución de programas para la gestión de riesgos prioritarios y la aplicación de controles operacionales de acuerdo con los peligros y riesgos identificados en la matriz de peligros.	Se evidencia el cumplimiento del Plan de Trabajo que da cumplimiento a la normatividad legal vigente y a las actividades propuestas para dar cumplimiento a los programas para la gestión de riesgos prioritarios y se gestionó los controles operacionales acordes a los peligros y riesgos identificados en la matriz de peligros.	Se evidencia el cumplimiento del Plan en lineas con las exigenas normativas vigentes, las actividades propuestas a los programas para la gestión de riesgos prioritarios, gestionó los controles operacionales acordes a los peligros y riesgos identificados en la matriz de peligros.
	Posibilidad de Pérdida económica			Asegurar el cumplimiento de los requisitos legales e institucionales en la vinculación de personal mediante	Durante la vigencia 2024, se fortalecieron los controles que desde la planeación del recurso humano se tienen implementados, para el procedimiento de vinculación de personal. Para las contingencias y tiempos no laborados se les dió cobertura mediante personal de la empresa de servicio temporal, sin embargo este personal da	En el primer semestre del año 2026, se ha venido trabajando en la actualización de manuales por dependencias.

Gestión del Talento Humano	y reputacional por la vinculación de personal para proveer empleos temporales a discreción de la administración, por incumplimiento del perfil y los requisitos legales e institucionales establecidos para los empleos de la planta de cargos de la entidad	Moderada	Bajo	la implementación del proceso de ingreso de personal PRO-GTH-01, la verificación del perfil y requisitos establecidos, y la validación de los actos administrativos por las instancias responsables, garantizando su registro en la historia laboral y el reporte oportuno de novedades a nómina.	personal de la empresa se cumple temporal, en promedio este personal se cumplimiento a la totalidad de requisitos legales e institucionales establecidos. Entre enero y agosto de 2025, el índice de rotación de personal fue del 3.8% debido a renuncia por pensión de 8 funcionarios y una renuncia voluntaria. Se evidencia por control interno que el proceso de Gestión de Talento Humano, cuenta con el procedimiento documentado de Ingreso de Personal (PRO-GTH-01), dispuesto en plataforma documental. Igualmente se verificó que los funcionarios cuentan con los actos administrativos, los cuales reposan en historia laboral. Estos actos administrativos son validados por la Líder de Programa de Gestión de Talento Humano, La Jefe de Oficina Asesora de Jurídico y finalmente deben ser firmados por la Gerente. Mensualmente el auxiliar administrativo realiza el reporte de novedades a nómina	El asesor de Control Interno, evidencio la implementacion de la lista de chequeo FOR-GTH-22 en el proceso de ingreso de personal vinculado a empleos de cargo en el Hospital.
Gestión Financiera	Posibilidad de impacto económico y reputacional al no elaborar el presupuesto de la vigencia acorde a las necesidades reales de la institución por formular de manera inadecuada e inoportuna el Plan Anual de Adquisiciones y no articularlo al PDI, POA y POAI.	Moderada	Moderada	Asegurar la adecuada formulación del presupuesto institucional mediante la elaboración y aprobación del Plan Anual de Adquisiciones articulado con el PDI, POA y POAI, realizando seguimiento a las necesidades de bienes y servicios de los procesos y gestionando oportunamente su aprobación por las instancias competentes.	El asesor de Control interno verificó que para la vigencia 2025, se aprobó por acto administrativo el Plan Anual de adquisiciones articulado con el PDI, POA y el POAI. Se verificó que el presupuesto para la vigencia 2025, fue elaborado de acuerdo a las iniciativas y necesidades establecidas en el PAA, los lineamientos de Hacienda Departamental y el mismo fue aprobado por Junta Directiva y el CODFIS Departamental. Igualmente se estableció que con corte a agosto de la presente vigencia se oficio por parte de la oficina de planeación y el área financiera a los diferentes líderes de proceso para la presentación de las necesidades de bienes y servicios para la vigencia 2026, con el fin de elaborar el plan anual de adquisiciones de la misma.	El asesor de Control interno verificó que para la vigencia 2026, se aprobó en el año 2025 por acto administrativo el Plan Anual de adquisiciones articulado con el PDI, POA y el POAI. Se verificó que el presupuesto para la vigencia 2026, fue elaborado de acuerdo a las iniciativas y necesidades establecidas en el PAA, los lineamientos de Hacienda Departamental y el mismo fue aprobado por Junta Directiva y el CODFIS Departamental. Igualmente se estableció que con corte a julio de la presente vigencia, se estará programado en el mes de septiembre, el envío de la circular por parte de la oficina de planeación y el área financiera a los diferentes líderes de proceso para la presentación de las necesidades de bienes y servicios para la vigencia 2027, con el fin de elaborar el plan anual de adquisiciones de la misma.
Gestión Financiera	Posibilidad de impacto económico y reputacional por expedir CDP sin los requisitos establecidos en el procedimiento y en la normatividad que aplica debido a la falta de verificación de los requisitos para expedición y seguimiento al PAA	Alta	Alta	Asegurar la correcta expedición de los CDP mediante la verificación de los requisitos establecidos en el procedimiento y su articulación con el Plan Anual de Adquisiciones, implementando controles a través del sistema de información institucional para la generación y seguimiento de las solicitudes.	Al seguimiento se verifica que los CDPs expedidos cuentan con la solicitud y necesidad debidamente diligenciadas y firmadas por los responsables. Esta verificación se realizó en la carpeta compartida de contratos. Igualmente se verificó, a través de muestra aleatoria que las solicitudes de CDPs están contempladas en el PAA, en la vigencia 2024. Adicionalmente en la presente vigencia fiscal se implementó la generación de las solicitudes de CDPs a través del sistema operativo HOSVITAL nuevo control	Se evidencia que el técnico administrativo de presupuesto, realiza la verificación del formato de necesidades adjunto a la solicitud del CDP, verificando que contenga el código de PDI y que este se encuentre debidamente diligenciado, firmado por el líder del área que lo solicita y firma también del representante legal de la institución. La revisión se realizó a través de la visualización de la carpeta compartida de contratos y muestra aleatoria de solicitud de CDP que se encuentren contemplados en el PAA de la próxima vigencia
Gestión Financiera	Posibilidad de impacto económico y reputacional ocasionado por costear inadecuadamente los servicios de la Institución, por falta de oportunidad y confiabilidad, en la información recibida por los procesos que reportan al área de costos, lo que ocasiona inexactitud en la asignación o distribución de recursos y no permite un análisis adecuado de la información. Se ajustó en su totalidad el riesgo	Bajo	Bajo	Asegurar la confiabilidad y oportunidad de la información para el proceso de costos mediante la solicitud mensual de información a las áreas responsables, el análisis de variaciones en el Comité de Gerencia y de Costos, y la implementación de herramientas de seguimiento que permitan identificar desviaciones en la asignación o distribución de los recursos.	Se verifica que la funcionaria encargada de costos envió a las diferentes áreas de proceso, de manera mensual, la solicitud de información requerida para la asignación y distribución de recursos en la vigencia 2025. En el Comité de Gerencia y de Costos se revisaron las variaciones de los costos, en donde los líderes argumentaron las causas de las variaciones más significativas en el consumo de recursos. Igualmente en el informe mensual de costos que realiza el técnico administrativo, les informa a los miembros del comité, sobre el costo de su proceso y las variaciones para que se tomen decisiones oportunas que puedan impactar favorablemente en la rentabilidad. Se verificó que se implementó una plantilla para identificar las variaciones más significativas de los costos por segmento, herramienta que coadyuva en la identificación de posibles desviaciones en la asignación o distribución de costos y realizar de manera oportuna los ajustes necesarios.	Se verifica que la funcionaria encargada de costos envió a las diferentes áreas de proceso, de manera mensual, la solicitud de información requerida para la asignación y distribución de recursos entre el periodo de enero a agosto del año 2026. En el Comité de Gerencia y de Costos se revisaron las variaciones de los costos, en donde los líderes argumentaron las causas de las variaciones más significativas en el consumo de recursos. Igualmente en el informe mensual de costos que realiza el técnico administrativo, les informa a los miembros del comité, sobre el costo de su proceso y las variaciones para que se tomen decisiones oportunas que puedan impactar favorablemente en la rentabilidad. Se verificó que se continúa con la implementación de la plantilla para identificar las variaciones más significativas de los costos por segmento, herramienta que coadyuva en la identificación de posibles desviaciones en la asignación o distribución de costos y realizar de manera oportuna los ajustes necesarios.
	Posibilidad de impacto económico					El Líder del proceso de gestión financiera y el Técnico de presupuesto han realizado cada mes del de la vigencia 2026 en el Comité de Gerencia, la presentación del seguimiento mensual a la ejecución presupuestal de ingresos y gastos de la institución, brindando la información relacionada con los componentes de equilibrio presupuestal, el análisis de resultado de cada periodo y acumulado, con base a los indicadores estipulados y las acciones que se están ejecutando en este sentido para su mejoramiento continuo.

Gestión Financiera	y reputacional por presentación de informes de forma extemporánea a los entes de control con falencias en los criterios de Oportunidad, Suficiencia y Calidad, debido a falta de seguimiento a la ejecución de ingresos y gastos para evaluar indicador de equilibrio presupuestal y conciliación mensual entre tesorería y presupuesto.	Moderada	Moderada	Asegurar la oportunidad, suficiencia y calidad en la presentación de informes a los entes de control mediante el seguimiento mensual a la ejecución de ingresos y gastos, la conciliación periódica entre Tesorería, Presupuesto y Contabilidad, y el análisis del indicador de equilibrio presupuestal en los espacios de seguimiento institucional para la toma de decisiones.	1. Se evidenció que a junio de 2025 que hubo un extemporaneidad en el reporte de uno de los formatos de la circular unica de la Supersalud por aparentes fallas en la plataforma, esta irregularidad de la plataforma fue notificada a la Superintendencia para lo pertinente. 2. Se evidenció la construcción del indicador y sus seguimiento de manera mensual con su respectivo análisis en la matriz de indicadores institucional. 3. Se evidenció la Resolución de cierre presupuestal. 4. Se evidenció formato de conciliación mensual entre las áreas de Tesorería, Presupuesto y Contabilidad. 5. A julio de 2025 se presentó al comité de gerencia y a la junta directiva los avances a la ejecución presupuestal, lo que sirve de insumo a la alta dirección para la toma de decisiones en materia de presupuesto.	Durante el primer semestre del año 2026, se evidencio la realizacion de seguimiento a los indicadores de equilibrio presupuestal y financiero (Area Financiera del HDPUV). Se evidencio que el Profesional de Contabilidad, el Tecnico de Presupuesto y el tesorero realizan conciliación mensual entre su procesos, determinan posibles diferencias y realizan los ajustes pertinentes, Este ejercicio quedo consignado en el formato de conciliacion el cual es archivado y custodiado por el tecnico de presupuesto. Se evidencia que se lleva desde le area financiera una matrix de informes con sus posibles fechas de cargue, las cuales van revisando conforme a las fechas estipuladas, el seguimiento a las circulares que realiza cada entidad que solicita la informacion, visita a las paginas web y el apoyo de seguimiento que se realiza desde la oficina de Control Interno del Hospital.
Gestión Financiera	Posibilidad de impacto operacional por pérdida información contable, financiera y presupuestal debido a falta de herramientas de respaldo de información frente a posibles pérdidas de la misma lo que afecta el normal funcionamiento del proceso y posibles sanciones.	Moderada	Moderada	Asegurar el respaldo y la disponibilidad de la información contable, financiera y presupuestal mediante la realización diaria de copias de seguridad por parte del área de sistemas a la base de datos del sistema de información institucional.	Se verifica que el área de sistemas realizó los Backus de forma diaria a la información sensible del área financiera. El Asesor de Control Interno verificó que el área de sistemas realizó los Backus de forma diaria a la base de datos del ERP (Sistema operativo institucional)	Se verifica que el área de sistemas realizó los Backus de forma diaria a la información sensible del área financiera. El Asesor de Control Interno verificó que el área de sistemas realizó los Backus de forma diaria a la base de datos del ERP (Sistema operativo institucional)
Gestión Financiera	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la subfacturación de los servicios de salud a las ERP y particulares, debido al registro errado o incompleto de los procedimientos, medicamentos e insumos suministrado a los pacientes durante su atención.	Alta	Moderada	Asegurar la correcta facturación de los servicios de salud mediante el cierre mensual de facturación, verificando que todos los servicios prestados, procedimientos, medicamentos e insumos suministrados a los pacientes egresados sean registrados y facturados oportunamente.	1. Al seguimiento se estableció que se realizó un cierre mensual de facturación cuyo propósito es garantizar que todos los servicios prestados en el periodo a pacientes egresados se hayan facturado (Informe mensual proyectado por los facturadores).	El Asesor de Control Interno en visita al area de Farmacia, evidencio que el Técnico verificar y confirmar que los medicamentos registrados en el módulo de farmacia del aplicativo HOSVITAL, coincidan con lo facturado por cada paciente, en la visita se constata del reporte de Control de facturación por paciente que también se generan por medio del aplicativo y la a través de la factura del periodo. Se verifico por el asesor de Control Interno, que el auxiliar administrativo de facturacion revisa y confirma que los servicios prestados a los usuarios estan debidamente registrados en el modulo de facturacion del aplicativo Hosvital, Informacion que detalla la factura con su respectivo soporte y que dejan en una carpeta compartida, la cual tiene acceso el personal de facturacion, cartera y lideres financieros. Se realizo visita al area y se tomo muestra para verificacion de cumplimiento del control. Se evidencio que este control no se esta realizando, por lo tanto se envio correo al lider del area financiera y a la subgerencia administrativa, solicitando gestion para retomar este control en el menor tiempo posible El cordinador financiero implemento el mecanismo de revision periodica de seguimiento a la actualizacion de las tarifas de insumos y los procedimientos registrados en el sistema de facturacion, este proceso es realizado con el equipo tecnico y de servicios, permitiendo generar las actualizaciones que den a lugar, de forma muy agil en relacion a la socializacion de la circular de ajustes o direccionamientos de clientes.
Gestión Financiera	Posibilidad de afectación económica y reputacional por glosas y devoluciones notificadas por la ERP sobre la facturación, debido a la falta de soportes y requisitos normativos en la facturas radicadas.	Alta	Moderada	Asegurar la adecuada gestión de glosas y devoluciones mediante el análisis y respuesta oportuna a las objeciones presentadas por las EAPB, realizando procesos de conciliación y verificación de soportes y requisitos normativos en la facturación para fortalecer el recaudo institucional.	Desde el área financiera y con el apoyo de una empresa auditora externa se evidenció que se viene realizando gestiones tendientes a la respuestas oportunas de las diferentes objeciones (glosas y devoluciones) generadas por las diferentes EAPB a la facturación, logrando oportunidad en las respuestas , generando espacios de conciliacion con las diferentes EPSs que finalmente impactan en el recaudo.	Se evidencio de parte del Asesor de Control Interno mediante visita y revision de seguimiento a los procedimientos de facturacion y cartera, que el Auxiliar administrativo de Facturación revisa y confirma que las facturas generadas por la prestación de los servicios que se radican ante las diferentes ERP, cumplen con los requisitos y soportes necesarios según la normatividad vigente y de acuerdo a lo establecido en el PRO-GF (Procedimiento de Radicación, asegurando que la factura se encuentre debidamente soportada, previo a la digitalización de dicho documento, el cual reposa en la carpeta compartida (RIPS). Se evidencio de parte del Asesor de Control Interno mediante visita y revision de seguimiento a los procedimientos de facturacion y cartera, que el Auxiliar administrativo de Facturación revisa y confirma que los servicios efectivamente prestados a los usuarios estén debidamente registrados en el módulo de facturación, que cuenten con los debidos soportes, autorizaciones, hojas de medicamentos, resultados de ayudas diadnósticas, historia clinica y demas soportes de acuerdo a la normatividad vigente.
	Posibilidad de afectación económica y reputacional por baja de cartera no recuperable derivada de las glosas , devoluciones definitivas y entidades liquidadas, debido a la			Asegurar la gestión oportuna de la cartera mediante la realización de acciones de cobro, conciliación y depuración de las cuentas por	1. En la vigencia 2025 se evidencia que se viene trabajando desde el área de cartera, adelantando las gestiones de cobro con el objeto de recaudar la cartera adeudada por las diferentes entidades, lo cual fue verificado en los diferentes oficios de cobro y conciliaciones llevadas a cabo en la vigencia y se continúa con el apoyo de la empresa	En lo que va transcurrido de la vigencia 2026 se evidencia que se viene trabajando desde el área de cartera, adelantando las gestiones de cobro con el objeto de recaudar la cartera adeudada por las diferentes entidades, lo cual fue verificado en los diferentes oficios de cobro y conciliaciones llevadas a cabo en la vigencia y se continúa con el apoyo de la empresa que se tiene contratada para la gestion de depuración, conciliacion y recaudo.

Gestión Financiera	errudades liquidadas, debido a la falta de gestión continúa y oportuna de la cartera (Cobro persuasivo, coactivo, conciliación y depuración) de las cuentas por cobrar que deben las ERP al Hospital. RIESGO SICOF- CREDITO	Alta	Moderada	cobrar, verificando los soportes de radicación de facturas, devoluciones y respuestas a glosas en el sistema de información institucional, con el fin de fortalecer el recaudo y evitar pérdidas por cartera no recuperable	que se tiene contratada para la gestión de depuración, conciliación y recaudo. 2. Se verificó por parte de control interno los soportes físicos y digitales de la radicación, además el estado de radicación de la factura en el reporte de cartera del sistema operativo HOSVITAL 3. Se verificó por parte de control interno los soportes físicos y digitales de la radicación de las devoluciones y las respuesta a glosas, además el estado de radicación de la factura en el reporte de cartera del sistema operativo HOSVITAL.	Se verificó por parte de control interno que de parte del coordinador de cartera con apoyo del lider financiero y la sub gerente administrativa, se ha benido realizando seguimiento a la radicación oportuna de la facturación generada ante diferentes entes, se participo en los diferentes comites de cartera del periodo y se recibio tambien el informe en los diferentes comites de gerencia que se participo entre el mes de enero a agosto del año 2026. Se verificó que en equipo con la Subgerencia Administrativa, El lider Financiero y el Cordinador de Cartera, se realiza constante seguimiento a la gestión de cobro y respuesta oportuna en la búsqueda de solución a las glosas y devoluciones (se verifican soportes físicos) que se presentan en cada periodo.
Gestión Financiera	Probabilidad de impacto económico por el manejo doloso de las glosas y devoluciones tramitadas ante las diferentes EAPB para el favorecimiento propio o de un tercero. SICOF- Corrupción	Alta	Alta	Asegurar la transparencia en la gestión de glosas y devoluciones mediante el seguimiento a los informes generados por auditoría médica y la verificación de los soportes de radicación, respuestas a glosas y actas de conciliación registradas en el sistema de información institucional.	1. Se verificó por parte de control interno que a través del informe de glosas y devoluciones generado desde auditoría médica, se está cumpliendo con la meta del plan de desarrollo. 2. Se estableció por control interno los soportes físicos y digitales de la radicación de las devoluciones y las respuesta a glosas, las actas de conciliación debidamente firmadas y además el estado de radicación de la factura en el reporte de cartera del sistema operativo HOSVITAL	Se verificó por parte de control interno que a través del informe de glosas y devoluciones generado desde auditoría médica, se está cumpliendo con la meta del plan de desarrollo. Se estableció por control interno los soportes físicos y digitales de la radicación de las devoluciones y las respuesta a glosas, las actas de conciliación debidamente firmadas y además el estado de radicación de la factura en el reporte de cartera del sistema operativo HOSVITAL. ademas, se participo en los comitec de Cartera y Glosa, donde brindan los informes relacionados con esta gestión.
Gestión Financiera	Posibilidad de impacto económico y reputacional ocasionado por el subregistro al facturar la totalidad de los servicios de salud prestados, debido al subregistro de los servicios de salud en la historia clínica y en los formatos de hosvital, para el favorecimiento de un tercero.	Alta	Alta	Asegurar el registro y facturación completa de los servicios de salud mediante la verificación del registro de los procedimientos en la historia clínica del sistema de información institucional y la revisión de los soportes de facturación para garantizar que todos los servicios, suministros y procedimientos prestados sean debidamente facturados	1. Se verificó por parte de control interno que a través del módulo de historia clínica del sistema operativo HOSVITAL se registraron todos los procesos y procedimientos. 2. En muestra tomada de facturas de la carpeta compartida de RIPS se verifica que la facturación radicada cuenta con los debidos soportes y fueron facturados todos los servicios, suministros y procedimientos.	Se verificó por parte de control interno que a través del módulo de historia clínica del sistema operativo HOSVITAL se registraron todos los procesos y procedimientos. En muestra tomada de facturas de la carpeta compartida, se verifica que la facturación radicada cuenta con los debidos soportes y fueron facturados todos los servicios, suministros y procedimientos. Actividad queno se realizo en el primer semestre del año, se le recomienda al Lider Financiero, retomar con la realizacion de este control, que permite minimizar el riesgo de novedades en la facturación
Gestión Financiera	Posibilidad de impacto económico y reputacional por sanciones disciplinarias, fiscales y penales, por el ente regulador, debido al recaudo de dineros provenientes de acciones ilícitas	Alta	Alta	Asegurar el control y monitoreo de los recursos financieros mediante la realización de reportes mensuales a la UIAF y la verificación de las certificaciones derivadas de los reportes de caja, con el fin de prevenir el recaudo de dineros provenientes de actividades ilícitas.	1. Se verificó la existencia de los reportes mensuales a la UIAF. 2. Se verifica por control interno la existencia de la certificación mensual deribada de los reportes de caja	Se verificó la existencia de los reportes mensuales a la UIAF. Se verifica por control interno la existencia de la certificación mensual de los reportes de Proveedores, procedimientos y operaciones sospechosas ante la UIAF.
Gestión Financiera	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la causación contable y posterior pago de facturas o cuentas de cobro e proveedores sin los debidos soportes e informes por parte del supervisor del contrato Nuevo riesgo identificado	Moderada	Moderada	Asegurar la correcta causación y pago de facturas a proveedores mediante la verificación de los soportes requeridos, el acta de recibo a satisfacción y el informe de ejecución del contrato por parte del supervisor, conforme al procedimiento de tesorería actualizado y a las directrices emitidas mediante circular interna.	Se verifica que al recibo de la factura o cuenta de cobro, ésta cuenta con todos los soportes requeridos, el acta de recibo a satisfacción y el informe de ejecución del contrato. Igualmente se observa que al momento de la causación y pago de la obligaciones, éstas se verifican a través de la carpeta compartida de contratos la existencia de anticipos. Se verificó que se realizó actualización al procedimiento de tesorería, en donde quedó establecido el paso a paso y las condiciones para el pago a los proveedores. adicionalmente se emite circular interna en conjunto con el área jurídica, dirigida a los supervisores de contrato, en donde se establece las condiciones legales y financieras para el pago a los proveedores.	Se verifica que al recibo de la factura o cuenta de cobro, ésta cuenta con todos los soportes requeridos, el acta de recibo a satisfacción y el informe de ejecución del contrato.
						Se observa que al momento de la causación y pago de la obligaciones, éstas se verifican a través de la carpeta compartida de contratos la existencia de anticipos.
Gestión Financiera	Posibilidad de impacto económico y reputacional al aprobar el presupuesto de la vigencia no acorde a las variables macro económicas, a la productividad, al recaudo, a los comportamientos históricos y a la articulación al PDI, POA y POAI. Nuevo riesgo identificado.	Moderada	Moderada	Asegurar la adecuada formulación y ejecución del presupuesto institucional mediante la verificación de las solicitudes y necesidades que soportan la expedición de los CDP, su articulación con el Plan Anual de Adquisiciones y la revisión periódica de la información mediante muestreo de los soportes en las carpetas contractuales.	Al seguimiento se verifica que los CDP expedidos cuentan con la solicitud y necesidad debidamente diligenciadas y firmadas por los responsables. Esta verificación se realizó en la carpeta compartida de contratos. Igualmente se verificó, a través de muestreo (riesgo nuevo)	Esta actividad se realiza en el segundo semestre del año, ya que lo requerido para la ejecución de la vigencia 2026 fue revisado en el segundo semestre del año 2025,
						Esta actividad se realiza en el segundo semestre del año, ya que lo requerido para la ejecución de la vigencia 2026 fue revisado en el segundo semestre del año 2025,

Gestión Logística	Posibilidad de pérdida económica por sustracción de bienes catalogados como activos debido a la falta de control en las puertas de acceso	Alta	Moderada	Asegurar el control en la entrada y salida de bienes institucionales mediante la verificación en los puntos de acceso, el uso de detector de objetos metálicos, la aplicación de los formatos de registro de salida de activos y equipos tecnológicos, el cumplimiento del procedimiento institucional y el seguimiento a los informes de seguridad y capacitaciones al personal de vigilancia.	1. Se evidenció que se ha utilizado el detector de objetos metálicos para un mayor control en la salida y entrada de objetos. 2. Igualmente se verifica el informe de gestión de seguridad mensual presentado por la empresa de seguridad, en donde se incluye el control de activos fijos. El informe lo archiva la profesional de servicios administrativos. 3. Se realizaron capacitaciones en el primer semestre de 2025 a los guardas de seguridad. 4. Se verifica que se aplica el FOR-GIM-54 denominado Formato de Registro de entrada y salida de equipos tecnológicos y el archivo lo guarda la profesional de sistemas 5. Se evidenció que se aplica el procedimiento PRO-GIN-10 Procedimiento de registro de entrada y salida de equipos tecnológicos. 6. Se verifica la socialización a los guardas del formato y el procedimiento actualizado. 7. Se verifica el diligenciamiento por parte de los guardas del FOR-GIN -54 8. Se verifica que se ha diligenciado el formato FOR-GLO-01 relacionado con el control de activos para salida de activos en todas las puertas de acceso.	Se evidencia en la revision documental, que el profesional de activos fijos diligencia el formato de reporte de salida de activis fijos y este es entregado al guarda de seguridad, el cual registra y actualiza el informe de activos retirados de la institucion permanentemente,y mensualmente el informe consolidado es entregado al profesional para su gestion de revision y comparacion con el registro de activos. Se verifica el informe de gestión de seguridad mensual presentado por la empresa de seguridad, en donde se incluye el control de activos fijos y el informe de archivo comparativo que cuenta la profesional de servicios administrativos. Se evidencia que el guarda de seguridad diligencia el documento consignas de operación de seguridad y realiza la inspección visual y física de cada persona que entra y sale de la institución por cada puerta de acceso, en caso de detectar activos en su poder no informados, autorizados y verificados previamente, retiene el activo, y registra en el libro Bitacora diaria e informa al Líder de Servicios Administrativos para resolución del evento sucedido, ademas cuentan con el apoyo de un equipo de detector de objetos metalicos en el ingreso de la puerta de urgencias como apoyo y control. Se evidencia que se aplica el: - FOR-GIM-54 denominado Formato de Registro de entrada y salida de equipos tecnológicos (el archivo lo guarda la profesional de sistemas). - Procedimiento PRO-GIN-10 Procedimiento de registro de entrada y salida de equipos tecnológicos. - Diligenciado el formato FOR-GLO-01 relacionado con el control de activos para salida de activos en todas las puertas de acceso. Se reviso que se realizaron capacitaciones en el primer semestre de 2026 a los guardas de seguridad, donde se socializa procedimientos de ingresos y salidas de activos que cuenta el HDPUV.
Gestión Logística	Posibilidad de pérdida económica por deterioro de insumos almacenados debido al deficiente control en el almacenamiento de los insumos	Alta	Moderada	Asegurar el adecuado almacenamiento de los insumos mediante la verificación de su rotulación, conservación y condiciones de almacenamiento, así como el control en la recepción de los productos y el diligenciamiento de los formatos establecidos para prevenir su deterioro.	Al seguimiento por Control Interno a las mejoras establecidas en la auditoria realizada en el periodo anterior al proceso de gestion logistica, se evidenció que los alimentos se encuentran debidamente rotulados y almacenados en los cuartos frios en donde no se evidencia contaminación cruzada. Igualmente los productos cárnicos se evidenciaron empacados al vacio. En la recepción de los insumos se verifica que se realiza un control de los alimentos que se reciben y se diligencia formato.	En la recepción de los insumos se verifica que se realiza un control de los alimentos que se reciben y se diligencia formato. Se evidenció que los alimentos se encuentran debidamente rotulados y almacenados en los cuartos frios en donde no se evidencia contaminación cruzada. Igualmente los productos cárnicos se evidenciaron empacados al vacio.
Gestión Logística	Posibilidad de impacto operacional y de salud. por inadecuada desinfección durante el proceso de lavado y que puede afectar la salud del paciente	Moderada	Bajo	Asegurar la adecuada desinfección en el proceso de lavado mediante la aplicación del procedimiento de gestión de lavandería actualizado, su socialización con el personal responsable y el uso de equipos que operan a altas temperaturas junto con los insumos químicos establecidos para garantizar la eliminación de virus y bacterias.	Se verificó por control interno que se continúa aplicando el procedimiento de gestión de lavandería el cual fue actualizado en la vigencia pasada FOR-GLO-04 , El procedimiento se continúa socializando con los funcionarios que realizan esta actividad. Los equipos de lavandería que fueron repotenciados para que trabajaran con agua a alta temperatura, garantizan la eliminación de virus y bacterias en conjunto con los insumos quimicos aplicados en cada lavada.	Se verificó por control interno que se continúa aplicando el procedimiento de gestión de lavandería FOR-GLO-04. Se ha realizado socializacion del procedimiento con los funcionarios que realizan esta actividad. Los equipos de lavandería que trabajaran con agua a alta temperatura, garantizan la eliminación de virus y bacterias en conjunto con los insumos quimicos aplicados en cada lavada.
Gestión Logística	Posibilidad de impacto operacional por dificultad para el traslado de pacientes debido a la poca disponibilidad de vehiculos adecuados.	Moderada	Bajo	Asegurar la disponibilidad del parque automotor para el traslado de pacientes mediante el uso adecuado de los vehiculos institucionales y la realización de mantenimientos preventivos y correctivos que garanticen su óptimo funcionamiento.	Se observa por control interno que los vehiculos que se adquirieron en la vigencia pasada estan siendo utilizados para el transporte asistencial de pacientes y para fines administrativos. Se verificó que se realizaron los mantenimientos preventivos y correctivos al parque automotor habilitado.	Se observa por control interno que los vehiculos que se adquirieron en la vigencia pasada estan siendo utilizados para el transporte asistencial de pacientes y para fines administrativos. Se verificó que se realizaron los mantenimientos preventivos y correctivos al parque automotor habilitado.
Gestión Logística	Posibilidad de impacto económico y operacional por falta de insumos para la elaboracion de los alimentos solicitados a través del registro diario de dietas, demora en el reporte del jefe de salas al servicio de alimentos del registro diario de dietas, debido a la entrega inoportuna del reporte del jefe de sala al servicio de alimentos y por falta de verificación del censo y tarjetas de dietas especiales por parte del personal del área de producción	Moderada	Bajo	Asegurar la disponibilidad de insumos y la adecuada gestión del registro diario de dietas mediante la planificación de compras en el Plan Anual de Adquisiciones, el diligenciamiento del formato FOR-GLO-13 para el censo de dietas y la verificación de las tarjetas de dietas especiales y refrigerios por parte del personal responsable del servicio de alimentos.	1. Se verificó que el lider de servicios administrativos elaboró el plan anual de adquisiciones de la vigencia fiscal 2025 en donde se verificó que está relacionada la compra de los insumos para la elaboración de los alimentos y tiene una ejecución controlada mediante indicador bimestral denominado: desempeño de proveedores y este cuenta con el formato acta de recibo a asatisfacción del bien o servicio y gestiona las necesidades para el suministro de los insumos. 2. Se estableció que se viene diligenciando el censo solicitud de dieta en el formato for-glo-13 registro diario de dietas los cuales fueron entregados al servicio de alimentos, teniendo en cuenta las necesidades nutricionales solicitadas por el médico tratante. 3. Se verificó la elaboración de las tarjetas de dietas especiales y tarjetas de refrigerio y se verifico que el Auxiliar Administrativo de Alimentos lleva a cabo la revisión durante la recepción del documento de censo.	Se verificó que el lider de servicios administrativos elaboró el plan anual de adquisiciones de la vigencia fiscal 2026, en donde se verificó: relacionada la compra de los insumos para la elaboración de los alimentos, ejecución controlada mediante indicador bimestral (desempeño de proveedores - Diligenciamiento de formato acta de recibo a asatisfacción del bien o servicio y gestiona las necesidades para el suministro de los insumos). Control interno realizo en la verificacion de salida de carros de alimentos que: se tenga el formato de censo solicitud de dieta en el formato FOR-GLO-13, registro diario de dietas, los cuales fueron entregados al servicio de alimentos, teniendo en cuenta las necesidades nutricionales solicitadas por el médico tratante. Se verificó la elaboración de las tarjetas de dietas especiales y tarjetas de refrigerio y se verifico que el Auxiliar Administrativo de Alimentos lleva a cabo la revisión durante la recepción del documento de censo.

Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por incumplimiento de la ruta de atención de hospitalización debido a la fallas en la adherencia a las actividades establecidas en el ciclo de atención	Moderada	Bajo	Asegurar el cumplimiento de la ruta de atención de hospitalización mediante la capacitación continua al personal sobre protocolos, guías y procedimientos institucionales, el seguimiento a través de los Equipos Primarios de Mejoramiento y la verificación de los registros en la historia clínica en articulación con el comité de historias clínicas.	1. Se observó por control interno al seguimiento que se realizó en la vigencia 2025 inducción y reintroducción a mas del 90% del personal institucional con 20 temas de interes donde incluyen las rutas de atención por cada proceso, programas, políticas y comités institucionales. Se cumple con el 100% del PIC Plan Institucional de apacitación 2025 a la fecha del seguimiento, garantizando cobertura mayor del 92% del personal asistencial en los martes de educación continua y con las sesiones breves de los EPMEquipos Primarios de Mejoramiento quienes contribuyen a socializar de manera reiterada protocolos, procedimientos, manuales y guías. 2. Se evidencian las Actas de líderes primarios de mejoramiento EPM mensuales en la vigencia 2025, en la plataforma de Almera, herramienta que se implemento desde abril de 2025, para realizar el seguimiento y mejoramiento continuo de calidad. 3. Se realizó articulación con el comité de historias clínicas para el apoyo y verificación del cumplimiento de los registros en la HC. 4. Se evidenció socialización de la auditoría interna de GPC (guías de práctica clínica) y para la vigencia 2025 ser actualizan las GPC y se socializan a los profesionales en los miercoles académicos..	De acuerdo a consulta y revision, se evidencia que los enfermeros tienen conocimiento y aplicación de los protocolos establecidos al ingreso y registro, según el riesgo identificado.
						Se evidencio la aplicación de guias practicas por los médicos psiquiatras de los servicios dependiendo del diagnóstico del paciente y se verifica su adherencia a través de la auditoría par de psiquiatría de historia clínica.
						Se verifica en la base de datos de Google Forms, constatando el registro oportuno del seguimiento post-egreso a los pacientes de primera vez. Se evidencia adherencia al control y continuidad en el monitoreo del estado de salud."
						Se evidencian las Actas de líderes primarios de mejoramiento EPM mensuales en la vigencia 2025, en la plataforma de Almera, herramienta que se implemento desde abril de 2025, para realizar el seguimiento y mejoramiento continuo de calidad.
Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación de servicio por educación deficiente al paciente y familia en temas individuales y colectivos debido a la falta en la evaluación de entendimiento de la educación al paciente hospitalizado	Alta	Moderada	Asegurar la educación al paciente y su familia mediante la ejecución del plan de educación en salud, el registro de las actividades educativas individuales en los diferentes servicios y la evaluación del entendimiento a través de herramientas de medición y encuestas, promoviendo el autocuidado y la comprensión de la información brindada.	1. Al seguimiento se evidenció que se dió cumplimiento al plan de trabajo del grupo de educación en salud a agosto de 2025, de acuerdo a las actividades programadas y ejecutadas con un cumplimiento del 100% y se educaron, colaboradores, pacientes, cuidador y/o familia. 2. Se verifica que se cuenta con evidencia de educación individual en la vigencia 2025 y estas educaciones se realizaron en los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias, intervención social y comunitaria. 3. También se verificó que se realizaron los formatos en google sobre la educación al paciente con enfermedad mental , donde se cuenta con dos formularios en la plataforma de google forms : Encuesta de autocuidado con un indicador denominado cobertura de educacion en salud individual y encuesta exámen en temas de educación en salud, denominado grado de entendimiento de educacion en salud y el indicador competencias del saber. 4. 4. Se verificó que se divulgó la guía del usuario mediante los diferentes canales de comunicación : redes sociales, página web del hospital , whatsapp, se instalaron por los diferentes servicios infografía con el QR, facebook, instagram, correos institucionales, actividades educativas a pacientes y familia, socialización a los equipos primarios de mejoramiento. 5. Se evidencia que se registraron asistencias educativas por terapia ocupacional en lo que va corrido de la vigencia 2025.	Al primer semestre de 2026, se constató el cumplimiento del plan de trabajo estructurado por el grupo de educación en salud (GES) con una ejecución del 100% de las actividades colectivas e individuales programadas.
						Se verifica que se cuenta con evidencia de educación individual en el primer semestre de la vigencia 2026 y estas educaciones se realizaron en los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias, intervención social y comunitaria.
						Se evidencio que se realizaron los formatos en google sobre la educación al paciente con enfermedad mental , donde se cuenta con dos formularios en la plataforma de google forms : Encuesta de autocuidado con un indicador denominado cobertura de educacion en salud individual y encuesta exámen en temas de educación en salud, denominado grado de entendimiento de educacion en salud y el indicador competencias del saber.
						Se evidencia que se registraron asistencias educativas por terapia ocupacional en lo que va corrido de la vigencia 2026.
Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación de servicio por desconocimiento o incumplimiento a la higiene postural al levantarse de la cama, fallas en la señalización de piso mojado, fallas en la intervención de factores coadyuvantes a caídas debido a la condición clínica del paciente	Moderada	Bajo	Asegurar la prevención de caídas mediante la capacitación al personal sobre prácticas seguras, la aplicación de listas de chequeo y rondas de seguridad, así como la educación al paciente y su familia en autocuidado y medidas de prevención durante la hospitalización.	1. Se verifica capacitación de la Meta 2: Se realizan las sesiones breves en el 100% de los EPM logrando una cobertura del 98%, en lo que va corrido de la vigencia 2025. 2. Igualmente se observó que se realizaron listas de chequeo en la vigencia 2025, con una adherencia mayor del 94% 3. Se evidenció en cada servicio las actas de líderes de EPM, las sesiones breves de prevencion de caídas realizadas en el mes de febrero y agosto del 2025, también se evidencia la psicoeducación y el incentivo del autocuidado para pacientes y familia en donde se profundiza en la prevención de caídas. Con el área de comunicaciones se realizan socializaciones en promoción del autocuidado y seguridad del paciente que para el año 2025 se han realizado 21 publicaciones con 139.658 visitas en facebook y 117.649 visitas en Instagram, reafirmando el compromiso de prácticas seguras. 4. Se evidencia cumplimiento de 15 rondas de seguridad.	Se verifica capacitación de la Meta 2: Se realizan las sesiones breves en el 100% de los EPM logrando una cobertura superior al 90%, en lo que va corrido de la vigencia 2026.
						Se evidenció la continuidad en la aplicación mensual de la lista de chequeo de prevención de caídas por parte de los enfermeros del servicio para mitigar riesgos clínicos.
						Los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) ejecutaron en su totalidad las sesiones breves semestrales sobre la Meta N° 2 (escala de Morse, manillas de identificación y educación en autocuidado).
						Con corte al primer semestre de 2026, se ejecutaron satisfactoriamente las rondas de seguridad multidisciplinarias y se continuó la estrategia de comunicación digital institucional enfocada en prácticas seguras, impactando positivamente en los indicadores evaluados en el Comité de Seguridad del Paciente.

Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por falta de adherencia a protocolos, procedimientos y demás documentos asociados a la prevención de la infecciones asociadas con la atención en salud, debido a la fallas en la supervisión de las actividades relacionadas con la prevención de infecciones	Moderada	Bajo	Asegurar la adherencia a los protocolos de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud mediante el seguimiento en el comité de vigilancia en salud, la aplicación de listas de chequeo de higiene de manos, la realización de capacitaciones y campañas institucionales y la verificación de la disponibilidad de insumos para la higiene de manos en los servicios.	1. Se observó que el comité de vigilancia en salud ha venido realizando las reuniones ordinarias cada mes en lo que va corrido de la vigencia 2025. 2. Se realizó de manera mensual las listas de chequeo de higiene de manos, realizando por los EPM listas de chequeo por servicio con un cumplimiento satisfactorio del 94%, por las rondas de seguridad de enfermera Cove con un total de 4 jornadas al mes abarcando 12 servicios por jornada para un total de 384 al momento del seguimiento. Se certifica al 90% del personal asistencial por la OPS en l "Higiene de manos". 3. Se realizó capacitación y campaña de Higiene de manos , celebrando en el mes de mayo la Jornada de Higiene de manos. 172 colaboradores participaron en la campaña, 179 pacientes, en total, participaron: 351. 4. Se evidenció que se cuenta con instalación de dispositivos para higiene de manos: 116 de jabón cosmético, 41 de jabón antibacterial y 123 de alcohol, incrementando un 25% en el periodo.	Se observó que el comité de vigilancia en salud ha venido realizando las reuniones ordinarias cada mes en lo que va corrido de la vigencia 2026. Se verifica que entre los meses de enero y junio de 2026 los EPM aplicaron de manera consecutiva el formato FOR-TRA-11 en los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa. El promedio de cumplimiento de los 5 momentos de la HM según la OMS es del 93.4 % en la evaluación del primer semestre. La evaluación se realizó en 88 personas, Valor del periodo: 91,43%. El momento de HM según los criterios a evaluar de OMS de menor adherencia en nuestra institución es el momento, momento 4 (después de estar en contacto con el paciente) con el 88.4, y momento 5 (después del contacto con el entorno del paciente) 89%. el momento con mayor adherencia es el momento 2 antes de realizar una tarea limpia o aséptica. 94.9%, evidenciando gran oportunidad de mejora los cuales demandan rondas periódicas de supervisión y mantenimiento de insumos en los puntos de atención. Se evidencia la publicación y difusión del Boletín Semestral del Programa de Seguridad del Paciente (Periodo 2026-I), el cual fue enviado por correo institucional y socializado en los comités de servicio. Se desarrolló el ciclo de capacitaciones presenciales programado en el Plan de Capacitaciones Institucional enfocado en el protocolo PRO-TRA-04. Las jornadas contaron con el acompañamiento de los representantes del COPASST para verificar las condiciones de los puestos de trabajo. La Coordinadora Asistencial entre el mes de abril y mayo de 2026 realizó el levantamiento físico y diagnóstico técnico en todos los servicios del hospital (Urgencias, Unidades de Hospitalización, Áreas Administrativas).
Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con la evasión de paciente por fallas en los controles para el ingreso y egreso de pacientes y factores contributivos asociados con la infraestructura de fácil alcance para los pacientes debido a la fallas en la supervisión del paciente	Alta	Moderada	Asegurar el control y seguimiento del riesgo de evasión de pacientes mediante la socialización del protocolo institucional, la realización de simulacros, el monitoreo a través de rondas de seguridad y el funcionamiento de los sensores perimetrales, así como el análisis de los casos e indicadores en la plataforma institucional para fortalecer las acciones de prevención y control.	1. Se evidenció que el protocolo de evasión y pérdida de pacientes se aumento en la vigencia 2025 a 4 socializaciones por medio de las sesiones breves, con un cumplimiento al seguimiento de un100% del plan en todos los servicios con los EPM. 2. Igualmente se verifica que se realizó el simulacro de evasión y pérdida de pacientes, realizado en el mes de agosto de 2025, donde se obtuvo una adherencia del 95%. Se divulgaron los resultados por medio de redes, la participación fue del 100% de los asistentes, contando con personal calificado para simulaciones seguras. 3. Se estableció que la identificación correcta de pacientes se realizó desde el ingreso del paciente y durante toda la ruta de atención, se evidencia en las rondas de seguridad que la identificación en los tableros de los servicios se encuentra identificado el riesgo y el riesgo de evasión se ha controlado evitando su materialización en un 99.1%, demostrandose una eficacia en los controles. 4. Se evidenció el funcionamiento de los sensores perimetrales. 5. Se realizó el protocolo de evasión y pérdida de pacientes, evidenciando que el 100% de los pacientes que se evaden son ubicados y que ha disminuido en un 41% el número de evasiones comparado con años anteriores. 6. También desde la gestión del riesgo se segregan las evasiones por procesos y el indicador al momento del seguimiento por control interno se encuentra controlado. Se evidencia en la plataforma Almera 7 evasiones en lo que va corrido del año en el servicio de urgencias. Todos los pacientes fueron ubicados y en hospitalización se evadieron 8 y todos igualmente fueron ubicados. nuevo control	Durante el primer semestre de 2026, se ejecutaron las socializaciones del protocolo de evasión a través de sesiones breves de los EPM y se garantizó la realización del simulacro semestral obligatorio con altos niveles de adherencia del personal. El control de identificación de riesgo se mantuvo mediante el uso de tableros de servicio y manillas desde el ingreso del paciente. El sistema de sensores perimetrales de movimiento operó con total normalidad y la central de monitoreo articuló eficazmente el "Código Laberinto" ante alertas tempranas, manteniendo controlada la estadística de evasiones en la plataforma Almera. Se realizó el protocolo de evasión y pérdida de pacientes, evidenciando una tasa de evasiones de hospitalización corresponde a 7,87 evasiones por cada 1000 egresos, resultado satisfactorio, que desde el mes de junio está sobrepasando el umbral pero reducido respecto el mes anterior.
Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con fallas en la identificación de signos premonitorios de agresión debido a falta de capacitación y entrenamiento en valoración / examen mental y manejo de agitación psicomotriz	Alta	Alta	Asegurar la adecuada identificación y manejo de los signos premonitorios de agresión mediante la socialización del protocolo de agitación psicomotriz, la capacitación y certificación del personal en su aplicación, y la realización de simulacros y seguimiento a los indicadores de riesgo registrados en la plataforma institucional.	1. Se evidenció que el protocolo de agitación psicomotriz de pacientes se aumento en la vigencia 2025 a 4 socializaciones por medio de las sesiones breves, con un cumplimiento al seguimiento de un100% del plan en todos los servicios con los EPM. Igualmente se verifica que se realizó el simulacro de evasión y pérdida de pacientes y agitación, realizado en el mes de agosto de 2025, donde se obtuvo una adherencia del 95%. Se divulgaron los resultados por medio de redes, la participación fue del 100% de los asistentes, contando con personal calificado para simulaciones seguras. 2. Se entrenó y certificó a 209 colaboradores en protocolo de atención agitación psicomotriz y se capacitó a 42 funcionarios externos de la red pública con enfoque intersectorial. Se evidencia indicador controlado por debajo de la meta a traves de la herramienta Almera y se controla el riesgo de agresión entre paciente en un 98.4%	Se verificó que el protocolo de agitación psicomotriz se socializó rigurosamente mediante sesiones breve programadas por los EPM. Los reportes en la historia clínica confirmaron un monitoreo constante de signos de alerta, logrando mantener el indicador de agresiones entre pacientes controlado por debajo de la meta institucional en la herramienta Almera. Se evidencia que se continua con los ciclos de entrenamiento practico de entrenamiento del protocolo de agitación psicomotriz al personal del Hospital.

Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado fallas en la supervisión del paciente y su unidad debido a fallas en la búsqueda activa de SPA en el ingreso y la revisión de pertenencias y alimentos	Alta	Alta	Asegurar la supervisión del paciente y el control de ingreso de objetos o sustancias peligrosas mediante la capacitación al personal de seguridad y asistencial en los protocolos institucionales, la revisión de pertenencias durante el ingreso del paciente y la socialización permanente de estos lineamientos a través de los Equipos Primarios de Mejoramiento.	1. Se evidenció que se realizó inducción y capacitación al personal de seguridad privada, empresa Diamante, terceros y proveedores en lo corrido de la vigencia 2025 y se capacitó al 100% de la población nueva, teniendo en cuenta protocolos de seguridad del paciente, identificación de objetos peligrosos como las sustancias psicoactivas y se aumentaron las socializaciones por medio de las sesiones breves de los EPM a 4 al año. 2. Se evidencia el cumplimiento del plan de trabajo de los EPM de la socialización de protocolos. 3. Se evidencia psicoeducación en colegios de alto riesgo con enfoque intersectorial en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas o SPA en adolescentes 1148 estudiantes. 4. Se verificó que se reportó desde seguridad privada el ingreso de objetos peligrosos como sustancias psicoactivas, además en la ruta de ingreso del paciente el personal auxiliar también identifica objetos peligrosos como SPA., adhiriéndose al protocolo de detección de objetos y sustancias peligrosas. nuevo control	Se ratificó la ejecución de los planes de inducción y capacitación al personal de enfermería y al equipo de seguridad privada (empresa aliada) enfocados en la detección de objetos y sustancias peligrosas al ingreso hospitalario. Las sesiones breves de los EPM reforzaron la búsqueda activa y la adherencia al protocolo. Se mantuvo la articulación de la central de monitoreo de 24 horas. Se verificó que se reportó desde seguridad privada el ingreso de objetos peligrosos como sustancias psicoactivas, además en la ruta de ingreso del paciente el personal auxiliar también identifica objetos peligrosos como SPA., adhiriéndose al protocolo de detección de objetos y sustancias peligrosas.
Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con fallas en aplicación de cuidados específicos en pacientes con riesgo de acercamiento sexual debido a fallas en la identificación de signos premonitorios para acercamiento sexual	Alta	Alta	Asegurar la aplicación de cuidados específicos en pacientes con riesgo de acercamiento sexual mediante la capacitación al personal en los protocolos institucionales, la socialización periódica a través de los Equipos Primarios de Mejoramiento y el seguimiento a los indicadores de riesgo registrados en la plataforma institucional.	1. Se verifica que se realizó capacitación en sesiones breves de seguridad del paciente al 100% del plan de trabajo de los EPM. 2. Se realizó Inducción y reinducción donde se incluyen protocolos de prevención de acercamiento sexual en la vigencia 2025. 1. Se evidenció que aumentaron las socializaciones por medio de las sesiones breves de los EPM a 4 al año. 3. Se evidencia psicoeducación en colegios de alto riesgo con enfoque intersectorial en la prevención de conductas de riesgo como acercamientos sexuales no seguros para los adolescentes en prevención de enfermedades de transmisión sexual. 4. Se verificó por medio de la plataforma Almera indicador controlado por debajo de la meta establecida.	Al seguimiento del primer semestre de 2026, se constató que la Subgerencia Científica y los líderes asistenciales mantuvieron estrictamente la asignación de salas diferenciadas por género y niveles de criticidad clínica. El personal registró debidamente las observaciones cercanas en historias clínicas al detectar signos premonitorios. plataforma Almera se mantuviera en niveles óptimos de seguridad. En el mes de julio de 2026 se presentaron 2,62 casos de acercamiento sexual, aunque se aumenta respecto a los meses anteriores, se mantiene como satisfactorio respecto al umbral, se requiere continuar con estrategias. Fuente: Plataforma Almera.
Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con falta en la aplicación y/o supervisión de las actividades relacionadas con los cuidados específicos debido fallas en la identificación de los pacientes con riesgo de intento suicida	Alta	Alta	Asegurar la identificación y manejo de pacientes con riesgo de intento suicida mediante la aplicación de los protocolos institucionales, la capacitación y socialización a través de los Equipos Primarios de Mejoramiento, la verificación de los registros en la historia clínica y el seguimiento a los indicadores de riesgo en la plataforma institucional.	1. Se verifica que se realizó la identificación de los riesgos al 99.50% de la población, mitigando y evidenciando que el 0.5% de los riesgos se materializan en autoagresiones leves. Se han presentado CERO suicidios y se aumentaron las socializaciones por medio de las sesiones breves de los EPM a 4 al año, en lo que va corrido de la vigencia 2025. 2. Se evidencia el cumplimiento del plan de trabajo de los EPM de la socialización de protocolos. 3. Se evidencia psicoeducación en colegios de alto riesgo con enfoque intersectorial en la prevención en suicidios en adolescentes 1148 estudiantes. 4. Se evidenció en el 100% de las historias clínicas de pacientes con riesgo suicida la identificación correcta de paciente según protocolo 5. Se evidencia por medio de la plataforma Almera indicador controlado.	Se ejecutaron con normalidad las pautas de supervisión estricta por observación directa y cámaras de seguridad por parte de enfermería. El tratamiento farmacológico y las notas de evolución se aplicaron bajo estricta indicación médica, logrando mantener en cero (0) los eventos fatales e identificando tempranamente las autoagresiones en la plataforma Almera. Control Interno evidenció que se garantizó la identificación correcta del 100% de los pacientes con riesgo suicida en las historias clínicas y mediante el uso de la manilla color lila/morado y tableros informativos.
Hospitalización	Posibilidad de impacto reputacional por la vulneración de derechos e incumplimiento de características de calidad debido a la adherencia deficiente a las prácticas humanizantes	Moderada	Moderada	Asegurar la aplicación de prácticas humanizantes mediante la socialización de derechos y deberes del paciente, la capacitación al personal en el marco del Plan Institucional de Capacitación, el seguimiento a los indicadores de humanización y la gestión oportuna de las manifestaciones de los usuarios en los comités institucionales.	1. Se verificó que en la vigencia 2025 se realizó la socialización de los derechos y deberes y se realizaron las capacitaciones articuladas al Plan Institucional de Capacitación PIC (Inducción y reinducción y protocolos. 2. Se verificó el indicador y el grado de aplicación de prácticas humanizantes con un cumplimiento del 92.86% dando resultado satisfactorio comparado con la meta que es del 90%. Se evidenció la recepción de las manifestaciones las cuales el 91.9% corresponden a felicitaciones por trato humanizado al paciente y encontrando una satisfacción global del 97.74% a julio de 2025. El 100% de los pacientes reconocen cuatro derechos y cuatro deberes. Se evidenció la atención centrada a la persona como pilar fundamental en la prestación del servicio. En mayo de 2025 se inició con la afiliación a planetree atención centrada en la persona, alineándonos con los mas altos estándares de humanización de la atención. 3. Se evidenció la resolutivez de la manifestaciones de tipo vulneración de derechos y la socialización en el comité de ética y estas manifestaciones se han resuelto de manera efectiva y oportuna. NUEVO CONTROL	Se comprobó que la referente del programa lideró los ciclos continuos de inducción a colaboradores, docentes y estudiantes en el modelo de atención centrada en la persona. Se mantuvo el cumplimiento en la socialización de los derechos y deberes del paciente y la gestión efectiva de las manifestaciones en los servicios. El Comité de Humanización evaluó de manera regular la adherencia a las prácticas humanizantes, reflejando índices de satisfacción global sobresalientes.

Hospitalización	Posibilidad de impacto reputacional y en la salud por inadecuada conciliación medicamentosa, debido a fallas en los registros de ingreso de los medicamentos.	Moderada	Moderada	Fortalecer la conciliación medicamentosa mediante la capacitación al personal asistencial y el seguimiento periódico a los registros en la historia clínica, verificando el diligenciamiento completo de los ítems establecidos en el procedimiento PRO-TRA-28, con el fin de mejorar la adherencia al programa y garantizar la seguridad del paciente.	En el primer semestre de la vigencia 2025 se revisaron 348 historias clínicas por el químico farmacéutico en donde se evidencia que No hay adherencia al 100% del programa, por cuanto no se está diligenciando la totalidad de los ítems establecidos en el PRO-TRA-28, procedimiento de conciliación. Se realizaron capacitaciones al personal asistencial en donde uno de los temas fue la conciliación medicamentosa en el primer semestre de la vigencia 2025. No se evidencia que el personal de enfermería se adhiera al 100% del programa de conciliación medicamentosa.	Al primer semestre de 2026, la Subgerencia Científica continuó con las jornadas de reforzamiento y capacitación al personal médico y de enfermería sobre el diligenciamiento correcto de los ítems del procedimiento de conciliación (PRO-TRA-28). El químico farmacéutico persistió en las auditorías periódicas a las historias clínicas para incrementar la adherencia al programa y asegurar que la educación sobre el uso seguro del medicamento quedara plenamente registrada en las notas asistenciales.
Hospitalización	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con el incumplimiento de características de calidad debido a deficiente comunicación entre procesos asistenciales y Laboratorio clínico (Tercero)	Moderada	Moderada	Asegurar la gestión y seguimiento de la comunicación entre los procesos asistenciales y el laboratorio clínico externo, asegurando la entrega oportuna de resultados, el registro de indicadores en el sistema institucional y el seguimiento continuo mediante reuniones periódicas con el proveedor para mantener la calidad y trazabilidad de los exámenes de laboratorio	1. Se evidencia que se continúa con el reporte y medición de los indicadores de laboratorio clínico definidos conjuntamente entre el equipo asistencial PACAS y el proveedor del servicio de laboratorio clínico. Estos indicadores son recibidos por el profesional de calidad y cargados al BSC. 2. Se establecieron los resultados de los porcentajes de exámenes de laboratorio clínico realizados: 99.9%; Reportes de exámenes de laboratorio clínico entregados: 99.9%; Proporción de nuevas muestras solicitadas: 0.081%; Exámenes procesados no entregados: 0.0075%; Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico de Urgencias: 2horas 8 minutos; Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en el servicio de hospitalización: 4 horas 07 minutos; Oportunidad en la notificación de resultados críticos de laboratorio clínico: 7.5; Proporción de resultados críticos de laboratorio clínico notificados en tiempo menor a 30 minutos: 97.4%. 3. Se verifica que se continuo realizando las reuniones mensuales del proveedor del servicio de laboratorio clínico con el equipo de autoevaluación PACAS. Igualmente se continúa realizando el seguimiento al cargue de resultados de laboratorio clínico a la interfase del software institucional.	Se verificó que el equipo de autoevaluación PACAS y el proveedor externo mantuvieron las reuniones técnicas mensuales de seguimiento. Los indicadores de exámenes realizados, muestras solicitadas, y los tiempos de oportunidad en urgencias y hospitalización se transmitieron con normalidad al Cuadro de Mando Integral (BSC). El profesional de calidad y la coordinación del laboratorio monitorearon de manera mensual los reportes críticos telefónicos y su correcto cargue en la interfaz del software institucional, asegurando un cumplimiento superior en tiempos menores a 30 minutos
Hospitalización (Tecnovigilancia)	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por uso inadecuado de la tecnología al atender un paciente debido a fallas en proceso de capacitación y entrenamiento en el uso seguro de la tecnología	Moderada	Moderada	Capacitar al personal en el uso seguro de la tecnología, realizar rondas de verificación en los servicios y dar seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos, asegurando que los equipos funcionan correctamente y contribuyan a una atención oportuna y segura del paciente.	Se observó que se realizaron las capacitaciones en los servicios con una cobertura del 100% y una adherencia fue del 84% Se verifican los soportes de las capacitaciones dadas en los servicios. Se verificó la realización de rondas en todos los servicios en cumplimiento del cronograma establecido a julio de 2025 por parte de la ingeniera biomédica y se verificó que en actas del comité se realizó el seguimiento a las visitas semanales y los mantenimientos correctivos a través de la matriz y se realizaron en el tiempo indicado garantizando la prestación del servicio de manera oportuna.	Se observó que se realizaron las capacitaciones en los servicios con una cobertura del 100% y una adherencia fue del 100% Se verifican los soportes de las capacitaciones dadas en los servicios, Formato FOR-SIG-21. Se evidencia la realización de seis procesos de generación de dispositivo médico trazador entre el periodo de enero a julio de 2026 (Se verifica formato: Lista de chequeo dispositivo médico trazadas FOR-TRA-72 en la oficina de tecnovigilancia). Se verificó la realización de rondas en todos los servicios en cumplimiento del cronograma establecido entre enero y julio de 2026 por parte de la ingeniera biomédica, queda registro en el formato de registro FOR-GAF-132.
Hospitalización (Tecnovigilancia)	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por adquisición de tecnología incorrecta debido a fallas en la planeación e identificación de necesidades y características de la tecnología	Moderada	Moderada	Identificar y actualizar las necesidades de tecnología desde los servicios asistenciales, dar seguimiento a la obsolescencia de los equipos mediante el comité de tecnovigilancia y ejecutar el plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, asegurando su funcionamiento adecuado y oportuno para la prestación del servicio.	Se verificó que desde los diferentes servicios asistenciales se han generado las necesidades para la adquisición y actualización de los equipos biomédicos. Se verificó en las actas del comité de tecnovigilancia que se hizo seguimiento a la matriz de obsolescencia demostrando la necesidad de renovación de equipos como los de fisioterapia, adquisición que se está gestionando a través de planeación y gerencia. Al seguimiento se estableció que el comité realiza a la ejecución del plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos a través de los indicadores dispuestos y se evidenció un cumplimiento del 99%	Se verificó que desde los diferentes servicios asistenciales se han generado las necesidades para la adquisición y actualización de los equipos biomédicos. Al seguimiento se estableció que el comité realiza a la ejecución del plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos a través de los indicadores dispuestos y se evidenció un cumplimiento del 100%
Intervención Social y Comunitaria	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por caída de paciente desde su propia altura debido a dificultades en la marcha y/o efectos secundarios de los medicamentos	Moderada	Bajo	Capacitar al personal y realizar sesiones breves de los EPM, aplicar listas de chequeo por servicio, promover psicoeducación y autocuidado en pacientes y familia, y ejecutar rondas de seguridad para prevenir caídas desde la propia altura.	1. Se verifica capacitación de la Meta 2: Se realizan las sesiones breves en el 100% de los EPM logrando una cobertura del 98%, en lo que va corrido de la vigencia 2025. 2. Igualmente se observó que se aplicaron listas de chequeo en la vigencia 2025, con una adherencia mayor del 94%. 3. Se evidenció en cada servicio las actas de líderes de EPM, las sesiones breves de prevención de caídas realizadas en el mes de febrero y agosto del 2025, también se evidencia la psicoeducación y el incentivo del autocuidado para pacientes y familia, en donde se profundiza en la prevención de caídas. Con el área de comunicaciones se realizan socializaciones en promoción del autocuidado y seguridad del paciente que para el año 2025 se han realizado 21 publicaciones con 139.658 visitas en facebook y 117.649 visitas en Instagram, reafirmando el compromiso de prácticas seguras. 4. Se evidencia cumplimiento de 15 rondas de seguridad.	Se evidencia que en las reuniones de los equipos primarios de mejoramiento (EPM), los auxiliares de enfermería y de Terapia Ocupacional se les brinda y recuerda las recomendaciones generales del autocuidado en el manejo de pacientes con movilidad reducida. Este reporte recomendaciones reposa en la historia clínica, señalando en especial los efectos secundarios de los medicamentos que puedan influir en el desplazamiento. Se evidenció en cada servicio las actas de líderes de EPM, las sesiones breves de prevención de caídas (Meta N° 2) realizadas en en el primer semestre del año 2026 que incluyen la escala de Morse, los cuidados y la educación al paciente para autocuidado (uso de zapato cerrado, sin tacón con suela antideslizante. Educación al Operario del aseo, para mantener los pisos secos libres de humedades). Se evidencian reportes en la historia clínica por parte de los Auxiliares de Enfermería y Terapia ocupacional, sobre los efectos secundarios de los medicamentos que puedan influir en el desplazamiento

Intervención Social y Comunitaria	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por abandono al plan terapéutico del paciente debido a abandono voluntario y demoras en los trámites administrativos	Moderada	Moderada	Fortalecer la educación a pacientes y familiares, realizar seguimiento telefónico para motivar la continuidad del tratamiento, registrar la información en la historia clínica y gestionar oportunamente las autorizaciones con las EAPB para asegurar la adherencia al plan terapéutico.	Control interno estableció que de enero a agosto 2025, se fortalecieron actividades educativas con familiares y pacientes, favoreciendo la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como terapéutico. Igualmente se realizaron llamadas a los pacientes y familiares para motivar la continuidad en el programa Se evidenció en las notas de Historia Clínica, que se le brindó información al familiar y al paciente, sobre la importancia de dar continuidad al tratamiento y se gestionaron las autorizaciones con las respectivas EAPB, para dar cumplimiento a las prórroga	Se evidencia que en las reuniones grupales con las familias se brinda educación relacionada con la importancia en la continuidad del tratamiento. Se motiva a los familiares y acudientes para que ellos mismos gestionen las autorizaciones de las prórrogas de manera presencial, ya que por las plataformas de las EAPB es más demorado. Se realizan llamadas telefónicas para hacer seguimiento a las autorizaciones. Desde el Programa de Hospital Día se mantiene permanente comunicacñon presencial con el funcionario del área de autorizaciones institucional. Se evidencia que el equipo terapeutico de Hospital Día realizar el cierre de la historia clínica, cuando se presente el abandono del programa por razones administrativas. El Jefe enfermera entrega la documentación a facturación y a central de autorizaciones.
Intervención Social y Comunitaria	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por inoportunidad de los líderes en la respuesta a las manifestaciones y ausencia o inportunidad en la Gestión del profesional SIAU a las manifestaciones debido a priorización inadecuada de los líderes en la oportunidad de respuesta de la manifestación	Moderada	Moderada	Implementar y parametrizar el software SIAU para la gestión de manifestaciones, con el fin de mejorar la oportunidad y efectividad en la respuesta por parte de los líderes y del profesional encargado.	Se estableció que en el mes de junio de 2025 con la adquisicion del software se inicia la parametrizacion de acuerdo a las necesidades que requiere el proceso y la entidad, a la fecha se encuentra en plan piloto.	Se evidencia que se realiza medicion en dias de respuesta en cada caso y generando mensualmente el indicador de dias promedios de respuesta de las manifestaciones por el aplicativo Almera. Medion primer semestre 2026: Se cumplió con el indicador de oportunidad en la respuesta de las manifestaciones, al estar por debajo de la meta del indicador (meta: 05 días), hasta el mes de junio con un promedio inferior a la meta establecida 2.10 días (Generado en promedio: 3.5 días),
Mercadeo y Comunicaciones	Posibilidad de impacto reputacional, por desinformación en la comunidad hospitalaria, debido al uso e interpretación inadecuada de la información sobre la institución	Moderada	Moderada	Actualizar y mantener el portal web institucional, ajustando la información de transparencia y acceso a la información pública, y ejecutar el plan de comunicaciones institucional para asegurar que la comunidad hospitalaria reciba información veraz y oportuna.	1. Se verifica que el proceso de mercadeo y comunicaciones viene realizando el seguimiento al nuevo control. Se realizó la oferta publica para la contratación del proveedor para el mantenimiento y soporte del portal web de la entidad, para la vigencia 2025. Se evidencia que en la vigencia 2025 se ajustó y actualizó la información del menú transparencia y acceso a la información pública ITA, con la actualización de los documentos e informes establecidos por la ley 1712 de 2014 y la Resolución 1519 de 2020, preparandose para el seguimiento que realiza la Procuraduría general de la Nación en el segundo semestre de la vigencia actual. Igualmente se evidenció que se cumplió con el plan de comunicaciones institucional y lo proyectado en la matriz de comunicaciones.	Con corte al periodo entre enero y julio, el Plan Estratégico de Comunicaciones 2026 presenta un avance acumulado del 58,31 % en el proceso de Mercadeo y Comunicaciones. Este resultado refleja el desarrollo progresivo de las actividades y estrategias programadas para la vigencia, orientadas al fortalecimiento de la comunicación institucional, el posicionamiento de la imagen del Hospital, la divulgación de información de interés para los grupos de valor y la consolidación de los canales de comunicación internos y externos. Se evidencia por Control Interno que la profesional del proceso de mercadeo y comunicaciones es la responsable de emitir la comunicacion interna y externa del HDPUV; la cual es previamente aprobadas por el subgerente científico, y/o jefe inmediato del proceso de mercadeo y comunicaciones. Cuando se requiera, se solicitará la aprobación de los lideres y responsables de procesos, aprobación verificable por medio electrónico.
Mercadeo y Comunicaciones	Posibilidad de impacto económico y reputacional debido a la vulneración de la imagen institucional por el desconocimiento por parte del público interno o externo sobre la existencia del manual de uso adecuado de la identidad institucional	Moderada	Bajo	Socializar el manual de identidad corporativa y ejecutar el plan estratégico de comunicaciones, promoviendo el conocimiento y uso adecuado de la identidad institucional entre el público interno y externo.	Se evidenció que en la vigencia 2025 el plan estratégico de comunicaciones tiene una ejecución a agosto de de la presente vigencia fiscal del 66.64% de ejecución. Se socializó el manual de identidad corporativa en el primer semestre de 2025 el día 11 de marzo. Igualmente el proceso desarrolla el plan de trabajo mensual en donde se desarrollan las actividades de los programas y procesos de la institución	Se evidenció que en la vigencia 2026 el plan estratégico de comunicaciones tiene una ejecución a agosto de de la presente vigencia fiscal del 66.64% de ejecución. Se socializó el manual de identidad corporativa en el primer semestre de 2025 el día 11 de marzo. Igualmente el proceso desarrolla el plan de trabajo mensual en donde se desarrollan las actividades de los programas y procesos de la institución
Mercadeo y Comunicaciones	Posibilidad de impacto operacional por falta de oportunidad en la entrega de productos solicitados por las diferentes áreas al Proceso de Mercadeo y Comunicaciones debido a la acumulación de solicitudes que remiten a comunicaciones con necesidades inmediatas	Moderada	Moderada	Gestionar y tramitar oportunamente las solicitudes de productos e información recibidas por el Proceso de Mercadeo y Comunicaciones, utilizando el formato establecido para asegurar atención oportuna a todas las áreas.	Se evidenció por control interno que las solicitudes enviadas por parte de los procesos, las realizaron a través del formato de solicitudes a comunicaciones y al seguimiento en julio de 2025 fueron 107 a las cuales se les dio trámite oportuno en un 100%	Se evidenció por control interno que las solicitudes enviadas por parte de los procesos, las realizaron a través del formato de solicitudes a comunicaciones y al seguimiento a julio de 2026 fueron 110 a las cuales se les dio trámite oportuno en un 100% Los requerimientos estuvieron relacionados principalmente con la divulgación de campañas, actividades institucionales, jornadas educativas, información de interés para los colaboradores, acciones de bienestar y demás necesidades de comunicación requeridas por las diferentes áreas del Hospital.
	Posibilidad de impacto economico y reputacional por desabastecimiento de los medicamentos y dispositivos			Planificar y gestionar oportunamente	1. Se evidenció el envío de las cartas de desabastecimiento por parte del director técnico del servicio farmacéutico cuando se identificaron agotados de medicamentos. El subgerente científico envío a los medicos el listado de los medicamentos desabastecidos para que el médico tratante tomara otra opción terapéutica, para que el paciente cumpla con su objetivo terapeutico	Se evidenció el envío de las cartas de desabastecimiento por parte del director técnico del servicio farmacéutico cuando se identificaron agotados de medicamentos. El subgerente científico envío a los medicos el listado de los medicamentos desabastecidos para que el médico tratante tomara otra opción terapéutica, para que el paciente cumpla con su objetivo terapeutico. Se verifico envio de correos y matriz de reporte.

Servicios Farmacéutico	médicos, debido a la falta de materias primas para la elaboración de los productos farmacéuticos por parte de los fabricantes, igualmente por la falta de planeación presupuestal del hospital y por falta de planeación de las necesidades de los productos farmacéuticos ocasionado por el servicio farmacéutico contratado.	Alta	Moderada	la disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos, incluyendo la proyección de necesidades, coordinación con prescriptores ante desabastecimientos y aseguramiento del presupuesto y contratación de los suministros necesarios	2. Se evidenció que el químico farmacéutico realizó la planificación de necesidad de los productos farmacéuticos en la vigencia 2025 y también verificó que la subgerencia administrativa y financiera y la subgerencia científica asignaran y aprobaran el presupuesto de la vigencia 2025, en donde se han ejecutado los contratos suscritos publicados en el Secop II. Se verificó la información en los estudios previos de los contratos de suministro del servicio farmacéutico. 3. Se evidenció que mensualmente el área encargada de acuerdo a rotación, envía la proyección de compras, que se realiza a través del software sebtih. 4. Se evidencia que la Subgerencia científica informa a los prescriptores cuando hay desabastecimiento de medicamentos, de tal manera que se puedan prescribir las alternativas disponibles y que el usuario tenga el menor contratiempo posible en el acceso al tratamiento.	Se evidenció que el químico farmacéutico realizó la planificación de necesidad de los productos farmacéuticos en la vigencia 2026 y también verificó que la subgerencia administrativa y financiera y la subgerencia científica asignaran y aprobaran el presupuesto de la vigencia 2026, en donde se ha ejecutado el contrato suscritos publicados en el Secop II (Contrato GJ0322026). Se verificó la información en los estudios previos de los contratos de suministro del servicio farmacéutico. Se evidenció que el químico farmacéutico realizó verificación que el director técnico del servicio farmacéutico contratado, realice mensualmente la planificación de necesidades en el formato correspondiente para determinar la compra periódica de los medicamentos y dispositivos médicos.
Servicios Farmacéutico	Posibilidad de impacto económico por baja rentabilidad en la entidad por la fluctuación de costos de los medicamentos y dispositivos médicos, debido a cambios normativos en la regulación de precios de medicamentos y a las alzas en la moneda a nivel internacional y nacional	Moderada	Moderada	Realizar la planificación y seguimiento de abastecimiento de medicamentos, informando oportunamente el desabastecimiento y proyectando las compras para garantizar la continuidad del tratamiento.	1. Se evidenció el envío de las cartas de desabastecimiento por parte del director técnico del servicio farmacéutico cuando se identificaron agotados de medicamentos. El subgerente científico envió a los médicos el listado de los medicamentos desabastecidos para que el médico tratante tomara otra opción terapéutica, para que el paciente cumpla con su objetivo terapéutico 2. Se evidenció que el químico farmacéutico realizó la planificación de necesidad de los productos farmacéuticos en la vigencia 2025 y también verificó que la subgerencia administrativa y financiera y la subgerencia científica asignaran y aprobaran el presupuesto de la vigencia 2025, en donde se han ejecutado los contratos suscritos publicados en el Secop II. Se verificó la información en los estudios previos de los contratos de suministro del servicio farmacéutico. 3. Se evidenció que mensualmente el área encargada de acuerdo a rotación, envía la proyección de compras, que se realiza a través del software sebtih. 4. Se evidencia que la Subgerencia científica informa a los prescriptores cuando hay desabastecimiento de medicamentos, de tal manera que se puedan prescribir las alternativas disponibles y que el usuario tenga el menor contratiempo posible en el acceso al tratamiento.	si evidencia que la quíica farmaceutica realiza revision en el ministerio de salud y proteccion social, link de medicamentos, realiza revision de regulacion de precios y normas en relacion a la regulacion de los medicamentos. Como soporte se verifica la generacion y envio de plantilla de parametrizacion de medicamentos al area de sistemas. Se evidencio que el quimico farmaceutico realiza verificacion que el director tecnico del servicio farmaceutico realiza la notificacion por correo electronico y matriz de cotizacion de productos, en relacion a cambios en los precios por parte de los distribuidores o laboratorios farmacéuticos. El quimico farmacéutico realizo notificacion por correo electronico a la subgerencia científica y a la subgerencia financiera con el fin de realizar ajustes en los precios de los productos. Se evidencia que la subgerencia financieraha notificado a las EPS los cambios generados y acordar las nuevas tarifas y su autorización.
Servicios Farmacéutico	Posibilidad de impacto económico y reputacional y por suministrar medicamentos no solicitados o por la entrega de medicamentos en concentraciones o presentaciones diferentes a la solicitada, debido a la falta de adherencia de los protocolos, falta de capacitación, falta de indentificación de los medicamentos con apariencia o nombre similar y de alto riesgo y la falta de capacitación en los riesgos asociados a medicamentos de alto riesgo.	Moderada	Moderada	Fortalecer la identificación y control de medicamentos LASA y de alto riesgo, mediante capacitación periódica al personal y verificación del cumplimiento de los protocolos establecidos.	2. Se evidenció que los medicamentos LASA y alto riesgo, se encuentran debidamente identificados, se identifican con el color azul (mtos parecidos ortográfico, fonético o visual), color amarillo (mtos con el mismo principio activo, se identifica el de mayor concentración), color rojo (alto riesgo), y se realizo verificación de la marcación de medicamentos de alto riesgo y LASA, de acuerdo con lo establecido en el PRO-TRA-16 revisión y verificación del carro de paro. 2. Se verificó que de acuerdo a cronograma de capacitación del personal, se realizan capacitaciones mensuales a todo el personal de farmacia.	Se verificó que de acuerdo a cronograma de capacitación del personal, se realizan capacitaciones mensuales a todo el personal de farmacia. Ultima realizada el 23 de julio: Importancia de los registros de temperatura y humera, y contingencia ante fallas en cadena de frio (09 participantes). Se evidenció que los medicamentos LASA y alto riesgo, se encuentran debidamente identificados, se identifican con el color azul (mtos parecidos ortográfico, fonético o visual), color amarillo (mtos con el mismo principio activo, se identifica el de mayor concentración), color rojo (alto riesgo). y se realizo verificación de la marcación de medicamentos de alto riesgo y LASA, de acuerdo con lo establecido en el PRO-TRA-16 revisión y verificación del carro de paro. Se evidencio en el ervicio farmaceutico marcacion e informe que genera elquimico farmaceutico que es compartido a la subgerencia científica. Se evidencia que el quimico farmacéutico realizará rondas de farmacovigilancia activa en los servicios incluyendo comparación e kardex con medicamentos en físico en el cajetín con el fin de identificar errores de dispensación y/o almacenamiento. En el primer semestre del año 2026 se realizo la ultima ronda en el 22 de junio.
	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por el vencimiento y deterioro de los medicamentos y dispositivos médicos en las áreas de				1. Se evidenció que los medicamentos LASA y alto riesgo, se encuentran debidamente identificados, se identifican con el color azul (mtos parecidos ortográfico, fonético o visual), color amarillo (mtos con el mismo principio activo, se identifica el de mayor	Se evidenció que los medicamentos LASA y alto riesgo, se encuentran debidamente identificados, se identifican con el color azul (mtos parecidos ortográfico, fonético o visual), color amarillo (mtos con el mismo principio activo, se identifica el de mayor concentración), color rojo (alto riesgo). y se realizo verificación de la marcación de medicamentos de alto riesgo y LASA, de acuerdo con lo establecido en el PRO-TRA-16 revisión y verificación del carro de paro. Ultimo realizado en el mes de julio sala 6 y 7 20 de julio de 2026

Servicios Farmacéutico	almacenamiento, debido a la falta de seguimiento de las fechas de vencimiento de los productos farmacéuticos y por realizar el almacenamiento sin el debido cumplimiento de las especificaciones técnicas del fabricante por parte de los responsables de su seguridad, control y custodia, ocasionando un riesgo en la seguridad del paciente.	Moderada	Moderada	Realizar control periódico de fechas de vencimiento y condiciones de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, aplicando el sistema FEFO y semaforización para prevenir vencimientos y riesgos en la seguridad del paciente.	concentración), color rojo (alto riesgo), y se realizó verificación de la marcación de medicamentos de alto riesgo y LASA, de acuerdo con lo establecido en el PRO-TRA-16 revisión y verificación del carro de paro. 2. Se evidenciaron capacitaciones de farmacovigilancia al personal asistencial, estas se realizaron en el mes de abril de 2025. indicador de cobertura del 97% y una adherencia del 93% 3. Se evidenció que se realizó control de fechas de vencimiento a través de semaforización (negro: 0 a 3 meses) y sistema de almacenamiento FEFO y se realizó verificación de la marcación de medicamentos de alto riesgo y LASA, de acuerdo con lo establecido en el PRO-TRA-16 revisión y verificación del carro de paro.	Se evidencia que el químico farmacéutico verifica que el Director técnico del servicio farmacéutico realice las capacitaciones al personal de enfermería sobre el almacenamiento y custodia de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a las especificaciones técnicas de los fabricantes, así como del control de fechas de vencimiento. Últimas capacitaciones realizadas en el primer semestre en el mes de 16, 19 y 23 de junio. Se evidencian imágenes y registros de asistencia. Se evidenció que se realizó control de fechas de vencimiento a través de semaforización (negro: 0 a 3 meses) y sistema de almacenamiento FEFO y se realizó verificación de la marcación de medicamentos de alto riesgo y LASA, de acuerdo con lo establecido en el PRO-TRA-16 revisión y verificación del carro de paro.
Servicios Farmacéutico	Posibilidad de Impacto económico y reputacional por fuga de medicamentos de control especial y exposición de la población al uso indiscriminado de estas sustancias, debido a la falta de seguimiento por parte de los responsables de su seguridad, control y custodia.	Moderada	Moderada	Realizar control y seguimiento periódico al almacenamiento, custodia y uso de medicamentos de control especial para prevenir fugas y uso indebido.	1. Se evidencian los seguimientos al almacenamiento y control mensual de los medicamentos de control especial almacenados en los servicios (kits de sedación y carros de paro), registrado en el FOR-TRA-126 Formato de Seguimiento a carros de pacientes. 2. Se evidencia que los kits de agitación se encuentran almacenados en un lugar seguro, libre de acceso a pacientes y personal ajeno a la sala y los candados de carro de paro se encuentran registrados en el formato de control de carro de paro. 3. Se evidencia que los remanentes de medicamentos de control se disminuyeron debido a las solicitudes de adecuación de medicamentos en central de mezclas, por lo tanto al paciente se le administran las dosis específicas y no quedan sobrantes. Se evidencia en las ordenes de producción al proveedor Farmat-Unidos la solicitud de adecuaciones por central de mezclas.	Se evidencian los seguimientos al almacenamiento y control mensual de los medicamentos de control especial almacenados en los servicios (kits de sedación y carros de paro), registrado en el FOR-TRA-126 Formato de Seguimiento a carros de pacientes. Se evidencia que los kits de agitación se encuentran almacenados en un lugar seguro, libre de acceso a pacientes y personal ajeno a la sala y los candados de carro de paro se encuentran registrados en el formato de control de carro de paro. Se evidencia formatos diligenciados de listas de chequeo de verificación de adherencia a programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia (carros de paro, Stock) FOR-TRA-114. El químico farmacéutico realiza verificación que el Director técnico del servicio farmacéutico realice el ingreso adecuado de los productos por devolución y aprovechamiento que se presentan en los servicios asistenciales y que el personal de enfermería haga la devolución en el sistema y formatos correspondientes. Se evidencia diligenciamiento de formato de anexo técnico en correo electrónico que llega a la farmacia y es comparado con el generado directamente en el programa Osvital para evidenciar diferencias y reportar en los casos que se presente a Farmar.
Servicios Farmacéutico	Posibilidad de Impacto económico y reputacional por la falta de administración de dosis de medicamentos, por omisión de dosis o errores en la preparación o administración del medicamento por parte del personal de enfermería encargado de la administración.	Moderada	Moderada	Fortalecer el seguimiento farmacoterapéutico y la verificación en la preparación y administración de medicamentos para prevenir omisión de dosis y errores en su administración.	1. Se evidencia que se realizó el perfil farmacoterapéutico a los pacientes indicados en el proceso y dichos perfiles se almacenan en un one drive para consulta del hospital. Igualmente la perfílacion se está realizando a través de formato de auditoría perfil farmacoterapéutico FOR-TRA-87 y lo realiza el QF asistencial del HDPUV. 2. Se realizaron rondas en los servicios de farmacovigilancia activa, verificando el contenido de los carritos de unidades y comparando con kardex. Se realiza seguimiento con el FOR-TRA-126 Auditoría carro de medicamentos de pacientes. 3. Se evidencia el cruce de entregas y devoluciones entre Hosvital Y sebhthi, justificando las diferencias y generando glosas de aquellas sin justificación.	Se evidencia que se realizó el perfil farmacoterapéutico a los pacientes indicados en el proceso y dichos perfiles se almacenan en un one drive para consulta del hospital. Igualmente la perfílacion se está realizando a través de formato de auditoría perfil farmacoterapéutico FOR-TRA-87 y lo realiza el QF asistencial del HDPUV. Se evidenciaron formatos FOR-TRA-87, diligenciado por paciente (16 pacientes en el mes de julio). Se realizaron rondas en los servicios de farmacovigilancia activa, verificando el contenido de los carritos de unidades y comparando con kardex. Se realiza seguimiento con el FOR-TRA-126 Auditoría carro de medicamentos de pacientes. Se evidenciaron formatos FOR-TRA-87 (perfil Farmacoterapéutico), diligenciado por paciente (16 pacientes en el mes de julio). FOR-HOS-07 (Kardes) Se evidencia en el formato FOR-TRA-87 que el químico farmacéutico verifica que el Director técnico del servicio farmacéutico realice las justificaciones cuando se presenten inconsistencias entre las devoluciones y lo registrado en perfil farmacoterapéutico. Se evidenciaron formatos FOR-TRA-87 (perfil Farmacoterapéutico), diligenciado por paciente (16 pacientes en el mes de julio).
Servicios Farmacéutico	Posibilidad de en la prestación del servicio por la presencia de algunos productos que pueden presentar problemas de calidad que no son detectables en los procesos de recepción técnica, almacenamiento o dispensación y que solo son debido a la gran cantidad de productos que se reciben a nivel institucional y de acuerdo a las normas vigentes se revisa una muestra representativa pudiendo pasar productos con problemas de calidad.	Moderada	Moderada	Realizar control y verificación de la calidad de medicamentos y dispositivos médicos en la recepción técnica y condiciones de almacenamiento para garantizar su seguridad y eficacia.	1. Se evidencian las actas de recepción técnica que se realiza a todos los medicamentos y dispositivos médicos que ingresan al servicio farmacéutico y la revisión se realiza al 100% de los productos. 2. Se evidencia revisión de la calidad de los medicamentos al 100% mediante las actas de recepción técnica 3. Se evidenció registro y control de las condiciones ambientales de las áreas del servicio farmacéutico y también que los equipos de medición se encuentran calibrados. Hoja de vida y seguimiento a mantenimiento y calibración por parte de la biomédica.	Se evidencian las actas de recepción técnica que se realiza a todos los medicamentos y dispositivos médicos que ingresan al servicio farmacéutico y la revisión se realiza al 100% de los productos. Se evidencia revisión de la calidad de los medicamentos al 100% mediante las actas de recepción técnica Se evidenció registro y control de las condiciones ambientales de las áreas del servicio farmacéutico y también que los equipos de medición se encuentran calibrados. Se evidencia Hoja de vida y seguimiento a mantenimiento y calibración por parte de la biomédica

Sistema Informacion y Atencion al Usuario	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por inoportunidad de los líderes en la respuesta a las manifestaciones y la no gestión del profesional del SIAU.	Moderada	Moderada	Realizar seguimiento y gestión oportuna a las manifestaciones de los usuarios a través de la plataforma institucional para garantizar respuestas dentro de los tiempos establecidos.	Se verificó que a través de la plataforma ALMERA se gestionan las manifestaciones al seguimiento 2025. A la fecha se verifica el profesional del SIAU dio respuesta oportuna a las manifestaciones que se publicaron de manera trimestral en la página web.	A través de la plataforma ALMERA e informe trimestral de manifestaciones, se verifico que el profesional de SIAU realizo la gestion de seguimiento y dio respuestas oportuna a los usuarios en relacion a las manifestaciones reportadas en el primer semestre del año 2026. Informe que se encuentra publicado en la página web del HDPUV.
Sistema Informacion y Atencion al Usuario	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por desactualización o desinformación del personal del SIAU en relación a protocolos de atención y servicios, debido a falta de comunicación entre los procesos y la oficina del SIAU en la notificación de protocolos de atención y servicios.	Moderada	Moderada	Fortalecer la comunicación y actualización del personal del SIAU sobre protocolos y servicios para garantizar una adecuada orientación a los usuarios.	Se observó que la satisfacción de los usuarios a julio de 2025 fue del 97.74%, 1299 usuarios respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global? en la encuesta de satisfacción en promedio general se registra un 99.5% de satisfacción global.	Se evidencia comunicacion asertiva entre los procesos y la oficina del SIAU, permitiendo cumplir con los indicadores de respuesta y satisfaccion por encima de los porcentajes propuestos por el Hospital en el primer semestre del año . Total de manifestaciones recibidas segundo trimestre del año 2026: 259 Felicitaciones: 212 (82%) Quejas 23% (9%), Solicitudes 03 (1%), Peticiones 5 (2%), Sugerencias 12 (5%) y reclamos 04 (2%). Promedio de oportunidad de respuestade las manifestaciones primer semestre del año 2026: 3,5 días (Meta propuesta maximo: 05 días). Encuesta de satisfacion realizada a 405 usuarios, el 99.0% (401 usuarios encuestados) respondieron de la experiencia global como muy buena y buena, manteniendo un indicador controlado con relación a la meta establecida (Meta: 95%). Evaluación de Recomendación de la Institución (segundo trimestre 2026): evaluados 408 usuarios, de los cuales 404 correspondientes al 99.02% respondieron (definitivamente si y probablemente si) recomendarían a un familiar o amigo esta IPS, mantenido el indicador controlado (meta : 80%).
Sistema Informacion y Atencion al Usuario	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por inoportunidad del personal del SIAU en la aplicación de la encuesta de Satisfacción, por priorizar otras actividades descuidando la satisfacción del usuario.	Moderada	Moderada	Realizar seguimiento periódico a la aplicación de encuestas de satisfacción para garantizar la medición oportuna de la percepción de los usuarios.	Se observó que los usuarios están satisfechos con los cambios realizados a la oficina del SIAU en donde han dejado muchas felicitaciones relacionadas con la atención y adecuación de la oficina. De los encuestados 1338, respondieron "definitivamente si" o "probablemente si" para un 99,3 % global que si recomendarían la IPS.	Se evidencia el diligenciamiento de encuestas de satisfaccion y se hacen visibles para la verificación y seguimiento de los indicadores propuestos por el HDPUV. Resultados encuesta: Encuesta de satisfacion realizada a 405 usuarios, el 99.0% (401 usuarios encuestados) respondieron de la experiencia global como muy buena y buena, manteniendo un indicador controlado con relación a la meta establecida (Meta: 95%). Evaluación de Recomendación de la Institución (segundo trimestre 2026): evaluados 408 usuarios, de los cuales 404 correspondientes al 99.02% respondieron (definitivamente si y probablemente si) recomendarían a un familiar o amigo esta IPS, mantenido el indicador controlado (meta : 80%).
Sistema Integrado de Gestión	Probabilidad de impacto reputacional por la falta de planificación de las auditorias internas y externas debido a la falta de adherencia al mejoramiento continuo institucional	Moderada	Bajo	Planificar y ejecutar el programa anual de auditorias internas y externas, fortaleciendo la capacitación institucional en mejoramiento continuo.	1. Al seguimiento de enero a agosto de 2025, se envió al inicio de la vigencia al Proceso de Talento Humano, los temas relacionados con el mejoramiento continuo institucional para ser incluidos y desarrollados desde el Plan Institucional de Capacitaciones - PIC 2025. Entre los temas se encuentran: Sistema Unico de acreditación (Ejes ciclos de mejoramiento gestion de OM), Sistema Integrado de Gestión, Ciclo PHVA, Gestión de Indicadores y Análisis Causal, metodología de mejoramiento, Sistema de Administración del Riesgo, Código de Integridad, Políticas institucionales. 2. Se verificó que el profesional de calidad elaboró al inicio de la vigencia 2025 el FOR-SIG-10 Programa Anual de Auditoria, el cual fue aprobado por la gerencia con las auditorias programadas. Con corte a agosdto de la presente vigencia se han desarrollado auditoria a proveedores (RH y Laboratorio Clínico), revisoria fiscal y organismos de control. La auditoria interna al sistema integrado de gestión se realizara los días 9, 10 y 11 de septiembre de 2025 aprobada en comité de gerencia. La auditoria externa de seguimiento por parte del organismo certificador ICONTEC se tiene programada a realizar en el mes de noviembre de 2025. 3. En el comité de gerencia del 26 de agosto de 2025 se aprobó la temática de la Feria de la Excelencia 2025 a desarrollarse los días 25 y 26 de septiembre de la presente vigencia. Esta actividad tiene un enfoque ludico dirigido a toda la comunidad hospitalaria y comunidad externa, que permite socializar y dar a conocer los logros y avances en los ejes de acreditación, programas y procesos institucionales y la articulación con la asociación de usuarios y terceros.	Se remitieron con antelación los ejes temáticos normativos al Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) coordinado por Talento Humano.
						Al corte del primer semestre de 2026, el Profesional de Calidad diseñó e implementó el Programa Anual de Auditorías (FOR-SIG-10), definiendo los cronogramas y criterios para la evaluación de los procesos misionales y de apoyo.
						la Oficina de Planeación y Calidad iniciaron los comités técnicos organizativos para el desarrollo metodológico de la Feria Anual de la Excelencia enfocado en el fortalecimiento del ciclo PHVA y el sistema obligatorio de garantía de calidad.
	Probabilidad de impacto			Fortalecer la implementación de la	1. Al inicio de cada ciclo de mejoramiento o cuando se requiera, se actualizan las fichas de conformación de los equipos de autoevaluación en el FOR-SIG-09 y se registran en el acta de reunión del equipo. Control interno evidenció que la entidad mantiene la Certificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015, Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la NTC ISO 45001:2018. En el PRO-SIG-06 procedimiento que establece la metodología de mejoramiento institucional, en el que se	Se constató la continuidad operativa del aplicativo Almera para la parametrización, captura en tiempo real y asignación automática de fallas mediante el módulo de "No Conformes".

Sistema Integrado de Gestión	reputacional por falencia en la implementación de la metodología de mejoramiento debido a la falta de adherencia institucional al reporte de falla, gestión y tratamiento de los hallazgos.	Moderada	Moderada	Se verificó la implementación de la metodología de mejoramiento mediante el reporte, seguimiento y gestión de hallazgos y no conformidades en la herramienta institucional.	describe que en el formato FOR-SIG-12 Plan de Mejoramiento Institucional se registran todos los planes de mejoramiento derivados de las diferentes fuentes de mejoramiento: acreditación, indicadores, auditoría interna, auditoría externa, riesgos, referenciación, revisoría fiscal, No conformes y manifestaciones. Con corte al mes de agosto de 2025 se tiene un cumplimiento del 65% en los planes de mejoramiento de acreditación y un 42% en los planes de mejoramiento de otras fuentes. Cabe anotar que el ciclo 9 de autoevaluación finaliza en el mes de septiembre de 2025. 2. Se verificó que la oficina de calidad con la implementación de la herramienta de gestión ALMERA se parametrizó el módulo de reporte de NO CONFORMES, el cual se realiza directamente en el aplicativo desde cualquier computador del hospital o teléfono móvil, permitiendo recibir el reporte de la falla en tiempo real y a su vez enviarlo al líder o responsable del proceso involucrado para su gestión y correctivos pertinentes.	El Profesional de Calidad lideró el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional unificado (FOR-SIG-12), consolidando los hallazgos de auditorías internas, entes externos, riesgos y acreditación. Los Equipos de Autoevaluación y los EPM mantuvieron sus mesas periódicas para registrar avances en los planes de acción, garantizando la vigencia de las certificaciones en las normas ISO 9001, ISO 14001 e ISO 45001.
Sistema Integrado de Gestión	Posibilidad de impacto económico y reputacional por consulta ineficaz de las diferentes fuentes de información para actualización normativa institucional debido a falta de claridad sobre los roles y responsabilidades frente a la actualización de la matriz de requisitos legales y de otra índole	Moderada	Moderada	Realizar actualización y seguimiento permanente a la matriz de requisitos legales y normativos institucionales para garantizar el cumplimiento de la normatividad aplicable.	Se verificó por control interno que se encuentra vigente y disponible en la plataforma documental PRO-SIG-08 identificación de registros legales y de otra índole y el FOR-SIG-18 matriz de requisitos legales la cual es actualizada permanentemente por parte de los referentes de los sistemas de gestión de calidad, Ambiental y SST, con la expedición de nuevas normas y requisitos aplicables a nuestra entidad y sistemas de gestión.	Se verificó por control interno que se encuentra vigente y disponible en la plataforma documental PRO-SIG-08 identificación de registros legales y de otra índole y el FOR-SIG-18 matriz de requisitos legales la cual es actualizada permanentemente por parte de los referentes de los sistemas de gestión de calidad, Ambiental y SST, con la expedición de nuevas normas y requisitos aplicables a nuestra entidad y sistemas de gestión.
Sistema Integrado de Gestión	Posibilidad de impacto operacional por fallas para elaborar, modificar o eliminar los documentos generados por cada uno de los procesos debido a la falta de seguimiento y reporte a la información documentada	Moderada	Moderada	Realizar seguimiento y control a la elaboración, actualización y registro de la información documentada institucional conforme al procedimiento establecido.	La oficina de control interno verificó que se continúa aplicando el procedimiento PRO-SIG-01 Elaboración y control de documentos y el FOR-SIG-01 Listado Maestro de Documentos, procedimiento que fue actualizado en el mes de diciembre de 2024 incluyendo los requisitos, lineamientos para la certificación de buenas prácticas clínicas (BPC), se actualizó la plantilla institucional de documentos, se incluye que la revisión de los documentos institucionales se realizará mínimo cada cinco años o antes si se requiere por cambios normativos o institucionales. Se mantiene actualizado el listado maestro de documentos en el que se registra los nuevos documentos y sus actualizaciones, registrando la nueva versión y fecha de vigencia.	Durante la vigencia 2026 se continúa con la aplicación del PRO-SIG-01 y el control de la información documentada institucional. La gestión y seguimiento de los documentos se realiza mediante la plataforma documental y ALMERA, permitiendo mantener la información documentada disponible para consulta y realizar el seguimiento correspondiente a sus actualizaciones y vigencias.
Sistema Integrado de Gestión	Posibilidad de impacto operacional por fallas en el análisis y toma de acciones, debido a errores en la formulación y consolidación de indicadores establecidos en los procesos.	Moderada	Moderada	Fortalecer la formulación, reporte y análisis de indicadores institucionales mediante capacitación y seguimiento a su gestión en la herramienta institucional.	En el plan institucional de capacitación para la vigencia 2025 se incluyó el contenido de gestión de indicadores, esta actividad se desarrolló mediante un taller teórico-práctico el día 1 de agosto, dirigido a subgerentes, jefes de oficina, líderes y responsables de proceso y referentes de programas institucionales, con el fin de fortalecer el análisis de los indicadores que se reportan desde los diferentes procesos y programas. La oficina de control interno verificó que se encuentra publicado el procedimiento PRO-SIG-05 Formulación, reporte, consolidación y seguimiento de indicadores. A partir del mes de enero de 2025 por directriz gerencial todos los indicadores institucionales se deben gestionar en la herramienta de gestión ALMERA. Desde la oficina de calidad se realizó la migración de la información de vigencias anteriores para que a partir del 2025 se registren y analicen en esta nueva herramienta. El profesional universitario de calidad presenta en comité de gerencia el estado del reporte y análisis de indicadores y son presentados por los responsables de proceso.	Durante la vigencia 2026 se continúa con la gestión de los indicadores institucionales mediante la herramienta ALMERA, donde se realiza el reporte, consolidación, seguimiento y análisis de los indicadores de acuerdo con los responsables establecidos para cada uno. Como parte del fortalecimiento de la gestión y análisis de resultados.
						En el Plan Institucional de Capacitación se contempló la capacitación en indicadores, dirigida a fortalecer los conocimientos de los responsables en el seguimiento, análisis y gestión de los resultados. La información de los indicadores se mantiene registrada y gestionada en ALMERA para facilitar su seguimiento y análisis
Sistema Integrado de Gestión	Posibilidad de impacto operacional por fallas en la cultura del cambio asociados a la planificación, debido a la no aplicabilidad de la metodología establecida para la gestión del cambio.	Moderada	Moderada	Aplicar y realizar seguimiento al procedimiento institucional de gestión del cambio en las intervenciones y procesos que lo requieran.	La oficina de control interno verificó que se cumple con el PRO-SIG-09 procedimiento de gestión del cambio, en el que se redefinen las actividades objeto del cambio y la descripción de la planificación, ejecución y control del cambio. Durante la vigencia 2025 se realizó reunión de gestión del cambio a todas las intervenciones de infraestructura.	Durante la vigencia 2026 se continúa con la aplicación del PRO-SIG-09 Gestión del Cambio para las intervenciones y procesos que lo requieran. El seguimiento y gestión de las actividades asociadas al cambio se realiza mediante el formato establecido, de acuerdo con la metodología institucional establecida.
						Durante la vigencia 2026 se continúa con la aplicación del PRO-SIG-09 Gestión del Cambio para las intervenciones y procesos que lo requieran. El seguimiento y gestión de las actividades asociadas al cambio se realiza mediante el formato establecido, de acuerdo con la metodología institucional establecida.

Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por Incumplimiento de la ruta de atención de urgencias debido a la fallas en la supervisión de las actividades relacionadas con las rutas de atención	Bajo	Bajo	Fortalecer la supervisión y socialización de las rutas de atención de urgencias mediante capacitación y seguimiento al cumplimiento de los protocolos institucionales.	1. Se observó por control interno al seguimiento que se realizó en la vigencia 2025 inducción y reintroducción a mas del 90% del personal institucional con 20 temas de interes donde incluyen las rutas de atención por cada proceso, programas, políticas y comités institucionales. Se cumple con el 100% del PICPlan Institucional de apacitación 2025 a la fecha del seguimiento, garantizandol cobertura mayor delm 92% del personal asistencial en los martes de educación continua y con las sesiones breves de los EPMEquipos Primarios de Mejoramiento quienes contribuyen a socializar de manera reiterada protocolos, procedimientos, manuales y guías. 2. Se evidencian las Actas de líderes primarios de mejoramiento EPM mensuales en la vigencia 2025, en la plataforma de Almera, herramienta que se implemento desde abril de 2025, para realizar el seguimiento y mejoramiento continuo de calidad. 3. Se realizó articulación con el comité de historias clínicas para el apoyo y verificación del cumplimiento de los registros en la HC. 4. Se evidenció socialización de la auditoría interna de GPC (guías de práctica clínica) y para la vigencia 2025 ser actualizan las GPC y se socializan a los profesionales en los miercoles académicos.	Al seguimiento efectuado en el primer semestre de 2026, se ratificó una cobertura superior al 90% en los procesos de inducción y reintroducción sobre rutas integrales de atención, programas y políticas institucionales. El Plan Institucional de Capacitación (PIC) se ejecutó bajo los lineamientos del área, impulsando los "martes de educación continua".
						Se evidencia que los enfermeros al ingreso identifican y registran los riesgos del paciente en la historia clínica y de acuerdo a eso aplica los protocolos establecidos según el riesgos identificados
						Se evidencia un nivel de adherencia del 95% sobre 160 historias clínicas evaluadas en este mes de julio de 2026, manteniéndose en todo el periodo por encima de la meta institucional del 90%, refleja la consolidación del compromiso institucional con la gestión clínica basada en evidencia y la apropiación de las Guías de Práctica Clínica como herramienta estructurante de la atención en salud mental. Fuente: Almera
						Se evidencia que se realiza seguimiento del estado de salud del paciente, posterior al egreso de los pacientes de primera vez, dejando constancia en un formulario de Google formas.
Urgencias	posibilidad de impacto en la prestación del servicio por subtriage del paciente al ingreso debido a falta de capacitación al personal que realiza el triage.	Moderada	Moderada	Fortalecer la capacitación y entrenamiento del personal encargado del triage para garantizar la correcta clasificación de los pacientes al ingreso.	Al seguimiento se observó que se realizaron las capacitaciones articuladas al Plan Institucional de Capacitación PIC, en los entrenamientos en salud mental, en dónde el Triage es un tema principal a capacitar, logrando que el 100% de los enfermeros del HDPUV esten capacitados y entrenados y más del 92% del personal asistencial se encuentra certificado en dicho entrenamiento en lo que va corrido de la vigencia 2025.	Al seguimiento se observó que se realizaron las capacitaciones articuladas al Plan Institucional de Capacitación PIC, en los entrenamientos en salud mental, en dónde el Triage es un tema principal a capacitar, logrando que que mas del 90% de los enfermeros del HDPUV esten capacitados y entrenados ,
Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación de servicio por educación deficiente al paciente y familia en temas individuales y colectivos debido a la falta de educación al paciente y familia que ingresa por urgencias y que va a ser hospitalizado.	Moderada	Bajo	Fortalecer la educación en salud dirigida a pacientes y familiares mediante la ejecución y seguimiento de las actividades del plan institucional de educación.	1. Al seguimiento se evidenció que se dió cumplimiento al plan de trabajo del grupo de educación en salud a agosto de 2025, de acuerdo a las actividades programadas y ejecutadas con un cumplimiento del 100% y se educaron, colaboradores, pacientes, cuidador y/o familia. 2. Se verifica que se cuenta con evidencia de educación individual en la vigencia 2025 y estas educaciones se realizaron en los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias, intervención social y comunitaria. 3. También se verificó que se realizaron los formatos en google sobre la educación al paciente con enfermedad mental , donde se cuenta con dos formularios en la plataforma de google forms : Encuesta de autocuidado con un indicador denominado cobertura de educacion en salud individual y encuesta exámen en temas de educación en salud, denominado grado de entendimiento de educacion en salud y el indicador competencias del saber. 4. 4. Se verificó que se divulgó la guía del usuario mediante los diferentes canales de comunicación : redes sociales, página web del hospital , whatsapp, se instalaron por los diferentes servicios infografía con el QR, facebook, instagram, correos institucionales, actividades educativas a pacientes y familia, socialización a los equipos primarios de mejoramiento. 5. Se evidencia que se registraron asistencias educativas por terapia ocupacional en lo que va corrido de la vigencia 2025.	Al seguimiento se evidenció que se dió cumplimiento al plan de trabajo del grupo de educación en salud a julio de 2026, de acuerdo a las actividades programadas y ejecutadas con un cumplimiento mayor al 90% y se educaron, colaboradores, pacientes, cuidador y/o familia.
						Se verifica que se cuenta con evidencia mensual de proceso de capacitacion individual en la vigencia 2026, y estas educaciones se realizaron en los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias, intervención social y comunitaria.
						S evidencio en Historia Clínica que el medico psiquiátra durante la consulta realiza educación en enfermedad mental al paciente y familiar, dejando constancia en la historia clínica.
						Se evidencia que se registraron asistencias educativas por terapia ocupacional en lo que va corrido de la vigencia 2026.
Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación de servicio por desconocimiento o incumplimiento a la higiene postural al levantarse de la cama, fallas en la señalización de piso mojado.	Moderada	Moderada	Fortalecer las acciones de prevención de caídas mediante capacitación, verificación de condiciones seguras y promoción	1. Se verifica capacitación de la Meta 2: Se realizan las sesiones breves en el 100% de los EPM logrando una cobertura del 98%, en lo que va corrido de la vigencia 2025. 2. Igualmente se observó que se realizaron listas de chequeo en la vigencia 2025, con una adherencia mayor del 94% 3. Se evidenció en cada servicio las actas de líderes de EPM, las sesiones breves de prevencion de caídas realizadas en el mes de febrero y agosto del 2025, también se evidencia la psicoeducación y el incentivo del autocuidado para pacientes y familia en	Se evidencia que en el primer semestre del año 2026, se realizaron capacitaciones a todo el equipo asistencial sobre el cumplimiento, detencion y prevencion de caidas.
						El Enfermero del servicio esta realizando de manera mensual, la aplicación de la lista de chequeo de prevencion de caídas (mensual), con el objetivo de identificar, prevenir, disminuir el riesgo de caída
						Se evidencian listas de chequeo en el primer semestre de la vigencia 2026, con una adherencia mayor del 95% (Meta 90%)
						Se verifica capacitación de la Meta 2: Se realizan las sesiones breves en el 100% de los EPM, logrando una cobertura superior al 90%, en lo que va corrido de la vigencia 2026.

	fallas en la intervención de factores coadyuvantes a caídas debido a la condición clínica del paciente			del autocuidado en pacientes y familiares.	donde se profundiza en la prevención de caídas. Con el área de comunicaciones se realizan socializaciones en promoción del autocuidado y seguridad del paciente que para el año 2025 se han realizado 21 publicaciones con 139.658 visitas en facebook y 117.649 visitas en Instagram, reafirmando el compromiso de prácticas seguras. 4. Se evidencia cumplimiento de 15 rondas de seguridad.	Se evidencia que el Equipo Asistencial y Administrativo, realiza rondas de seguridad de manera mensual. Se evidencia que el enfermero del servicio identifica los pacientes con riesgos de caída y debe solicitar al familiar según el riesgo la compañía permanente, se verifica en el consentimiento informado FOR-HOS-10, donde el compromiso del familiar es garantizar el acompañamiento permanente del paciente según instrucciones del personal de salud y del riesgo si lo amerita. Cumplimiento en julio de 0,23% porcentaje de pacientes con caídas en urgencias Soporte reporte de indicadores en el aplicativo Almera.
Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio por infección asociada a la atención en salud, deficiente adherencia a protocolos, procedimientos y demás documentos asociados a la prevención de la infecciones asociadas con la atención en salud, debido a la fallas en la supervisión de las actividades relacionadas con la prevención de infecciones	Moderada	Moderada	Fortalecer la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud mediante capacitación, supervisión y seguimiento al cumplimiento de los protocolos de higiene y control de infecciones.	1. Se observó que el comité de vigilancia en salud ha venido realizando las reuniones ordinarias cada mes en lo que va corrido de la vigencia 2025. 2. Se realizó de manera mensual las listas de chequeo de higiene de manos, realizando por los EPM listas de chequeo por servicio con un cumplimiento satisfactorio del 94%, por las rondas de seguridad de enfermera Cove con un total de 4 jornadas al mes abarcando 12 servicios por jornada para un total de 384 al momento del seguimiento. Se certifica al 90% del personal asistencial por la OPS en la "Higiene de manos". 3. Se realizó capacitación y campaña de Higiene de manos, celebrando en el mes de mayo la Jornada de Higiene de manos. 172 colaboradores participaron en la campaña, 179 pacientes, en total, participaron: 351. 4. Se evidenció que se cuenta con instalación de dispositivos para higiene de manos: 116 de jabón cosmético, 41 de jabón antibacterial y 123 de alcohol, incrementando un 25% en el periodo.	Se observó que el comité de vigilancia en salud ha venido realizando las reuniones ordinarias cada mes en lo que va corrido de la vigencia 2026 y en el primer trimestre del año se realizó el proceso de inducción y reinducción donde se socializaron las medidas adoptadas para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud. Se realizó capacitación y campaña de Higiene de manos celebrando en el mes de mayo (Jornada de Higiene de manos). Cumplimiento a julio de 100% porcentaje de pacientes con caídas en urgencias, Soporte: reporte de indicadores en el aplicativo Almera. Se realizó capacitación y campaña de Higiene de manos, celebrando en el mes de mayo la Jornada de Higiene de manos. Cumplimiento a julio de 100% porcentaje de pacientes con caídas en urgencias, Soporte: reporte de indicadores en el aplicativo Almera. La Coordinadora Asistencial entre el mes de abril y mayo de 2026 realizó el levantamiento físico y diagnóstico técnico en todos los servicios del hospital (Urgencias, Unidades de Hospitalización, Áreas Administrativas). Se evidencia el diligenciamiento del formato FOR-TRA-94. El personal de profesionales de enfermería realizó la búsqueda activa de flebitis en las rondas de seguridad, y las reportan a través de link en el recibo y entrega de turno. Se evidencia lista de chequeo con cumplimiento del 100% en el primer semestre del año 2026.
Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con la evasión de pacientes por fallas en los controles para el ingreso y egreso de pacientes y factores contributivos asociados con la infraestructura de fácil alcance para los pacientes debido a la fallas en la supervisión del paciente	Alta	Moderada	Fortalecer la supervisión y control del ingreso, permanencia y egreso de pacientes mediante la aplicación del protocolo de evasión y seguimiento a los mecanismos de seguridad institucional.	1. Se evidenció que el protocolo de evasión y pérdida de pacientes se aumentó en la vigencia 2025 a 4 socializaciones por medio de las sesiones breves, con un cumplimiento al seguimiento de un 100% del plan en todos los servicios con los EPM. 2. Igualmente se verifica que se realizó el simulacro de evasión y pérdida de pacientes, realizado en el mes de agosto de 2025, donde se obtuvo una adherencia del 95%. Se divulgaron los resultados por medio de redes, la participación fue del 100% de los asistentes, contando con personal calificado para simulaciones seguras. 3. Se estableció que la identificación correcta de pacientes se realizó desde el ingreso del paciente y durante toda la ruta de atención, se evidencia en las rondas de seguridad que la identificación en los tableros de los servicios se encuentra identificado el riesgo y el riesgo de evasión se ha controlado evitando su materialización en un 99.1%, demostrándose una eficacia en los controles. 4. Se evidenció el funcionamiento de los sensores perimetrales. 5. Se realizó el protocolo de evasión y pérdida de pacientes, evidenciando que el 100% de los pacientes que se evaden son ubicados y que ha disminuido en un 41% el número de evasiones comparado con años anteriores. 6. También desde la gestión del riesgo se segregan las evasiones por procesos y el indicador al momento del seguimiento por control interno se encuentra controlado. Se evidencia en la plataforma Almera 7 evasiones en lo que va corrido del año en el servicio de urgencias. Todos los pacientes fueron ubicados y en hospitalización se evadieron 8 y todos igualmente fueron ubicados. nuevo control	Se evidencia que en el semestre del año 2026 se realizó socialización en las reuniones de EPM y el primer simulacro se realizó en el 14 de mayo de 2026. Control Interno evidenció que se garantiza la identificación correcta de los pacientes teniendo como base la escala de signos premonitorios, se reporta en historias clínicas, uso de la manilla y tableros informativos. Indicador de cumplimiento de identificación correcta de pacientes: 100% El sistema de sensores perimetrales de movimiento opera con total normalidad y la central de monitoreo articuló eficazmente el "Código Laberinto" ante alertas tempranas, manteniendo controlada la estadística de evasiones en la plataforma Almera. Durante la vigencia 2026 se continúa con el seguimiento al riesgo de evasión de pacientes en el servicio de urgencias, verificando el comportamiento del indicador de tasa de evasiones y la gestión de los controles establecidos para prevenir y atender la materialización del riesgo. La información se registra y gestiona mediante la herramienta ALMERA, lo que permite realizar seguimiento al comportamiento del riesgo y a los casos presentados. Entre enero y julio de 2026 se registraron 13 casos de evasión frente a 5.678 pacientes atendidos en el servicio de urgencias. Las tasas mensuales fueron de 1,28 en enero, 1,33 en febrero, 4,99 en marzo, 0,00 en abril, 3,47 en mayo, 1,31 en junio y 3,50 en julio. Se evidencia variación en el comportamiento del indicador, con el mayor valor registrado en marzo y ausencia de casos en abril. El seguimiento realizado permite identificar que el riesgo continúa presentándose durante la vigencia, por lo cual se mantiene la aplicación y seguimiento de los controles establecidos para la prevención, detección y atención oportuna de las evasiones. El registro y análisis de los casos en ALMERA permite fortalecer el seguimiento del riesgo y disponer de información para la toma de acciones frente a su comportamiento.

Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con Fallas en la identificación de signos premonitorios de agresión debido a Falta de capacitación y entrenamiento en valoración / examen mental y manejo de agitación psicomotriz	Moderada	Moderada	Fortalecer la capacitación y entrenamiento del personal en la identificación y manejo de la agitación psicomotriz para prevenir eventos de agresión.	1. Se evidenció que el protocolo de agitación psicomotriz de pacientes se aumento en la vigencia 2025 a 4 socializaciones por medio de las sesiones breves, con un cumplimiento al seguimiento de un 100% del plan en todos los servicios con los EPM. Igualmente se verifica que se realizó el simulacro de evasión y pérdida de pacientes y agitación, realizado en el mes de agosto de 2025, donde se obtuvo una adherencia del 95%. Se divulgaron los resultados por medio de redes, la participación fue del 100% de los asistentes, contando con personal calificado para simulaciones seguras. 2. Se entrenó y certificó a 209 colaboradores en protocolo de atención agitación psicomotriz y se capacitó a 42 funcionarios externos de la red pública con enfoque intersectorial. Se evidencia indicador controlado por debajo de la meta a través de la herramienta Almera y se controla el riesgo de agresión entre paciente en un 98.4%	Se evidencia que en el primer semestre del año 2026 (Entre enero y febrero) en el proceso de inducción y reincusión se incluyó el proceso de capacitaciones teórica a todo el personal en agitación psicomotriz, triaje en salud mental, examen mental y reconocimiento de premonitorios. Se revisa en formato del seguimiento de plan institucional de capacitación- Se evidencia en historia clínica la identificación en la valoración del paciente, los signos premonitorios de agresión según el estado del paciente En el proceso de inducción y reincusión se realizó socialización al personal institucional en protocolo de agitación psicomotriz entre enero y febrero de 2026. Se revisó generación de listas de chequeo con porcentaje de 100% en adherencia al protocolo agitación psicomotriz.
Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con fallas en la supervisión del paciente y su unidad debido a fallas en la búsqueda activa de SPA en el ingreso y la revisión de pertenencias y alimentos	Moderada	Moderada	Reforzar los controles de ingreso y la verificación de pertenencias y alimentos del paciente para prevenir el ingreso de sustancias psicoactivas y otros objetos peligrosos.	1. Se evidenció que se realizó inducción y capacitación al personal de seguridad privada, empresa Diamante, terceros y proveedores en lo corrido de la vigencia 2025 y se capacitó al 100% de la población nueva, teniendo en cuenta protocolos de seguridad del paciente, identificación de objetos peligrosos como las sustancias psicoactivas y se aumentaron las socializaciones por medio de las sesiones breves de los EPM a 4 al año. 2. Se evidencia el cumplimiento del plan de trabajo de los EPM de la socialización de protocolos. 3. Se evidencia psicoeducación en colegios de alto riesgo con enfoque intersectorial en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas o SPA en adolescentes 1148 estudiantes. 4. Se verificó que se reportó desde seguridad privada el ingreso de objetos peligrosos como sustancias psicoactivas, además en la ruta de ingreso del paciente el personal auxiliar también identifica objetos peligrosos como SPA, adhiriéndose al protocolo de detección de objetos y sustancias peligrosas. nuevo control	Se evidenció que se realizó inducción y capacitación al personal de seguridad privada, empresa Diamante, terceros y proveedores en lo corrido de la vigencia 2025 y se capacitó al 100% de la población nueva, teniendo en cuenta protocolos de seguridad del paciente, identificación de objetos peligrosos como las sustancias psicoactivas.
Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con fallas en aplicación de cuidados específicos en pacientes con riesgo de acercamiento sexual debido a fallas en la identificación de signos premonitorios para acercamiento sexual	Moderada	Moderada	Fortalecer la identificación temprana de signos de riesgo y la aplicación de protocolos para prevenir acercamientos sexuales entre pacientes.	1. Se verifica que se realizó capacitación en sesiones breves de seguridad del paciente al 100% del plan de trabajo de los EPM. 2. Se realizó inducción y reincusión donde se incluyen protocolos de prevención de acercamiento sexual en la vigencia 2025. 1. Se evidenció que aumentaron las socializaciones por medio de las sesiones breves de los EPM a 4 al año. 3. Se evidencia psicoeducación en colegios de alto riesgo con enfoque intersectorial en la prevención de conductas de riesgo como acercamientos sexuales no seguros para los adolescentes en prevención de enfermedades de transmisión sexual. 4. Se verificó por medio de la plataforma Almera indicador controlado por debajo de la meta establecida.	Se evidencia en la visita la distribución de las salas por géneros. Se evidencia que el personal asistencial identificar en la valoración del paciente signos premonitorios de acercamiento sexual y deja registro en la historia clínica, una vez identificado se procede a realizar un observación cercana. Se evidencia escala en historia clínica de paciente Se mantuvo la articulación de la central de monitoreo 24 horas, logrando que el indicador en la plataforma Almera se mantuviera en niveles óptimos de seguridad. En el mes de julio de 2026 se presentaron 2,62 casos de acercamiento sexual, aunque se aumenta respecto a los meses anteriores, se mantiene como satisfactorio respecto al umbral, se requiere continuar con estrategias. Fuente: Plataforma Almera.
Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con Falta en la aplicación y/o supervisión de las actividades relacionadas con los cuidados específicos debido a fallas en la identificación de los pacientes con riesgo de intento suicida.	Moderada	Moderada	Fortalecer la identificación y supervisión de pacientes con riesgo suicida mediante la aplicación y seguimiento de los protocolos institucionales.	1. Se verifica que se realizó la identificación de los riesgos al 99.50% de la población, mitigando y evidenciando que el 0.5% de los riesgos se materializan en autoagresiones leves. Se han presentado CERO suicidios y se aumentaron las socializaciones por medio de las sesiones breves de los EPM a 4 al año, en lo que va corrido de la vigencia 2025. 2. Se evidencia el cumplimiento del plan de trabajo de los EPM de la socialización de protocolos. 3. Se evidencia psicoeducación en colegios de alto riesgo con enfoque intersectorial en la prevención de suicidios en adolescentes 1148 estudiantes. 4. Se evidenció en el 100% de las historias clínicas de pacientes con riesgo suicida la identificación correcta de paciente según protocolo 5. Se evidencia por medio de la plataforma Almera indicador controlado.	Se evidencia que el personal de enfermería ha realizado supervisión estricta de pacientes por observación directa y por cámaras de monitoreo durante cada turno. Se evidencia el cumplimiento del plan de trabajo de los EPM de la socialización de protocolos. Se evidencia que el médico del servicio realizar la formulación correcta de medicamentos y el personal de enfermería suministra el tratamiento según indicación médica para mejorar la condición clínica Se revisa indicador de lista de chequeo de administración segura de medicamentos, Cumplimiento 100% (meta 90%) Se evidencia que el responsable de enfermería identifica el riesgo de suicidio con los signos y síntomas clínicos del paciente, Se verificó en historia clínica la aplicación de escala de riesgo de suicidio Lista de chequeo prevención de suicidio con adherencia del 100% (meta 90%)

Urgencias	Posibilidad de impacto en la reputación institucional relacionado vulneración de derechos e incumplimiento de características de calidad debido a la adherencia deficiente a las prácticas humanizantes	Moderada	Moderada	Promover y monitorear la aplicación de prácticas de atención humanizada y el respeto de los derechos y deberes del paciente en la prestación del servicio.	1. Se verificó que en la vigencia 2025 se realizó la socialización de los derechos y deberes y se realizaron las capacitaciones articuladas al Plan Institucional de Capacitación PIC (Inducción y reinducción y protocolos. 2. Se verificó el indicador y el grado de aplicación de prácticas humanizantes con un cumplimiento del 92.86% dando resultado satisfactorio comparado con la meta que es del 90%. Se evidenció la recepción de las manifestaciones las cuales el 91.9% corresponden a felicitaciones por trato humanizado al paciente y encontrando una satisfacción global del 97.74% a julio de 2025. El 100% de los pacientes reconocen cuatro derechos y cuatro deberes. Se evidenció la atención centrada a la persona como pilar fundamental en la prestación del servicio. En mayo de 2025 se inició con la afiliación a planetree atención centrada en la persona, alineándonos con los mas altos estándares de humanización de la atención. 3. Se evidenció la resolutiveidad de la manifestaciones de tipo vulneración de derechos y la socialización en el comité de ética y estas manifestaciones se han resuelto de manera efectiva y oportuna. NUEVO CONTROL	Se verificó que en el primer semestre de la vigencia 2026, se realizó la socialización de los derechos y deberes; y se realizaron las capacitaciones articuladas al Plan Institucional de Capacitación PIC (Inducción y reinducción y protocolos. Se verificó el indicador y el grado de aplicación de prácticas humanizantes con un cumplimiento del 100%, dando resultado satisfactorio comparado con la meta que es del 90%. Se evidenció que del total de la recepción de las manifestaciones, el 95% corresponden a felicitaciones por trato humanizado al paciente y encontrando una satisfacción global a julio de 2026. El 100% de los pacientes reconocen cuatro derechos y cuatro deberes (meta 90%). Se evidenció la atención centrada a la persona como pilar fundamental en la prestación del servicio. Se evidenció la resolutiveidad de la manifestaciones de tipo vulneración de derechos y la socialización en el comité de ética y estas manifestaciones se han resuelto de manera efectiva y oportuna
Urgencias	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con el incumplimiento de características de calidad debido deficiente comunicación entre procesos asistenciales y Laboratorio clínico (Tercero)	Moderada	Moderada	Consolidar la coordinación y el seguimiento entre los procesos asistenciales y el laboratorio clínico para garantizar la oportunidad y calidad en la entrega de resultados.	1. Se evidencia que se continua con el reporte y medición de los indicadores de laboratorio clínico definidos conjuntamente entre el equipo asistencial PACAS y el proveedor del servicio de laboratorio clínico. Estos indicadores son recibidos por el profesional de calidad y cargados al BSC. 2. Se establecieron los resultados de los porcentajes de exámenes de laboratorio clínico realizados: 99.97%; Reportes de exámenes de laboratorio clínico entregados: 99.9%; Proporción de nuevas muestras solicitadas: 0.1%; Exámenes procesados no entregados: 0%; Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico de Urgencias: 3 horas 10 minutos; Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en el servicio de hospitalización: 5 horas 24 minutos; Oportunidad en la notificación de resultados críticos de laboratorio clínico: 14.31; Proporción de resultados críticos de laboratorio clínico notificados en tiempo menor a 30 minutos: 93%. 3. Se verifica que se continuo realizando las reuniones mensuales del proveedor del servicio de laboratorio clínico con el equipo de autoevaluación PACAS. Igualmente se continúa realizando el seguimiento al cargue de resultados de laboratorio clínico a la interfase del software institucional.	Se evidencia que se continua con el reporte y medición de los indicadores de laboratorio clínico definidos conjuntamente entre el equipo asistencial PACAS y el proveedor del servicio de laboratorio clínico. Estos indicadores son recibidos por el profesional de calidad y cargados al BSC. Indicador de oportunidad en la notificación de resultados críticos de laboratorio clínico: 15 minutos y 18 segundos (Maximo establecido: 30 minutos) Durante la vigencia 2026 se realiza seguimiento al riesgo de impacto en la prestación del servicio por posible incumplimiento de las características de calidad, asociado a la comunicación entre los procesos asistenciales y el laboratorio clínico. Los indicadores gestionados en ALMERA evidencian resultados favorables en la entrega de exámenes (100%), exámenes procesados no entregados (0%) y errores en la identificación de muestras (0%). Asimismo, la oportunidad en la entrega de resultados y la notificación de resultados críticos se encuentra dentro de las metas establecidas. Estos resultados evidencian el funcionamiento de los controles implementados para prevenir la materialización del riesgo.
Consulta Externa	Posibilidad de impacto en la prestación de servicio por educación deficiente al paciente y familia en temas individuales y colectivos debido a la falta en la evaluación de entendimiento de la educación al paciente ambulatorio	Moderada	Bajo	Implementar mecanismos de evaluación y seguimiento al entendimiento de la educación brindada al paciente y su familia para asegurar la apropiación de la información en salud.	1. Al seguimiento se evidenció que se dió cumplimiento al plan de trabajo del grupo de educación en salud a agosto de 2025, de acuerdo a las actividades programadas y ejecutadas con un cumplimiento del 100% y se educaron, colaboradores, pacientes, cuidador y/o familia. 2. Se verifica que se cuenta con evidencia de educación individual en la vigencia 2025 y estas educaciones se realizaron en los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias, intervención social y comunitaria. 3. También se verificó que se realizarón los formatos en google sobre la educación al paciente con enfermedad mental , donde se cuenta con dos formularios en la plataforma de google forms : Encuesta de autocuidado con un indicador denominado cobertura de educacion en salud individual y encuesta examen en temas de educación en salud, denominado grado de entendimiento de educacion en salud y el indicador competencias del saber. 4. Se verificó que se divulgó la guía del usuario mediante los diferentes canales de comunicación : redes sociales, página web del hospital , whatsapp, se instalaron por los diferentes servicios infografía con el QR, facebook, instagram, correos institucionales, actividades educativas a pacientes y familia, socialización a los equipos primarios de mejoramiento. 5. Se evidencia que se registraron asistencias educativas por terapia ocupacional en lo que va corrido de la vigencia	Al seguimiento se evidenció que se dió cumplimiento al plan de trabajo del grupo de educación en salud a julio de 2026, de acuerdo a las actividades programadas y ejecutadas con un cumplimiento del 72,03% y se educaron, colaboradores, pacientes, cuidador y/o familia. Se verifico que se cuenta con evidencia de educación individual con un 72,03% a julio de 2026 (meta:60%) y estas educaciones se realizaron en los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias, intervención social y comunitaria. Se verificó que se realizarón los formatos en google sobre la educación al paciente con enfermedad mental , donde se cuenta con dos formularios en la plataforma de google forms: Encuesta de autocuidado con un indicador denominado cobertura de educacion en salud individual y encuesta examen en temas de educación en salud, denominado grado de entendimiento de educacion en salud y el indicador competencias del saber . Se verificó que se divulgó la guía del usuario mediante los diferentes canales de comunicación : redes sociales, página web del hospital , whatsapp, se instalaron por los diferentes servicios infografía con el QR, facebook, instagram, correos institucionales, actividades educativas a pacientes y familia, socialización a los equipos primarios de mejoramiento.
Consulta Externa	Posibilidad de impacto en la prestación de servicio por fallas en la señalización de piso mojado, fallas en la intervención de factores coadyuvantes a caídas en	Moderada	Moderada	Implementar medidas de control y vigilancia para prevenir caídas del paciente mediante señalización	1. Se verifica capacitación de la Meta 2: Se realizan las sesiones breves en el 100% de los EPM logrando una cobertura del 98%, en lo que va corrido de la vigencia 2025. 2. Igualmente se observó que se realizaron listas de chequeo en la vigencia 2025, con una adherencia mayor del 94% 3. Se evidenció en cada servicio las actas de líderes de EPM, las sesiones breves de prevención de caídas realizadas en el mes de febrero y agosto del 2025, también se	Se verifica capacitación de la Meta 2: Se realizan las sesiones breves en el 100% de los EPM logrando una cobertura superior al 90%, en lo que va corrido de la vigencia 2026. Igualmente se observó que se realizaron listas de chequeo en la vigencia 2025, con una adherencia del 84,04% (meta: 70%).

Consulta Externa	Posibilidad de impacto en el paciente (efectos secundarios de los medicamentos, alteraciones del equilibrio) debido a la condición clínica del paciente			paciente mediante comunicación adecuada, educación y monitoreo de factores de riesgo asociados.	evidencia la psicoeducación y el incentivo del autocuidado para pacientes y familia en donde se profundiza en la prevención de caídas. Con el área de comunicaciones se realizan socializaciones en promoción del autocuidado y seguridad del paciente que para el año 2025 se han realizado 21 publicaciones con 139.658 visitas en facebook y 117.649 visitas en Instagram, reafirmando el compromiso de prácticas seguras. 4. Se evidencia cumplimiento de 15 rondas de seguridad.	Se evidenció en cada servicio las actas de líderes de EPM, las sesiones breves de prevención de caídas realizadas entre el mes de enero y julio del 2026, también se evidencia la psicoeducación y el incentivo del autocuidado para pacientes y familia en donde se profundiza en la prevención de caídas
						Se evidencia cumplimiento de rondas de seguridad.
Consulta Externa	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con la evasión de paciente por fallas en los controles para el ingreso y egreso debido a fallas en la orientación del paciente ambulatorio	Bajo	Bajo	Optimizar la orientación y control del paciente ambulatorio durante su ingreso y permanencia para prevenir eventos de evasión.	1. Se evidenció que el protocolo de evasión y pérdida de pacientes se aumento en la vigencia 2025 a 4 socializaciones por medio de las sesiones breves, con un cumplimiento al seguimiento de un100% del plan en todos los servicios con los EPM. 2. Igualmente se verifica que se realizó el simulacro de evasión y pérdida de pacientes, realizado en el mes de agosto de 2025, donde se obtuvo una adherencia del 95%. Se divulgaron los resultados por medio de redes, la participación fue del 100% de los asistentes, contando con personal calificado para simulaciones seguras. 3. Se estableció que la identificación correcta de pacientes se realizó desde el ingreso del paciente y durante toda la ruta de atención, se evidencia en las rondas de seguridad que la identificación en los tableros de los servicios se encuentra identificado el riesgo y el riesgo de evasión se ha controlado evitando su materialización en un 99.1%, demostrandose una eficacia en los controles. 4. Se evidenció el funcionamiento de los sensores perimetrales. 5. Se realizó el protocolo de evasión y pérdida de pacientes, evidenciando que el 100% de los pacientes que se evaden son ubicados y que ha disminuido en un 41% el número de evasiones comparado con años anteriores. 6. También desde la gestión del riesgo se segrega las evasiones por procesos y el indicador al momento del seguimiento por control interno se encuentra controlado. Se evidencia en la plataforma Almera 7 evasiones en lo que va corrido del año en el servicio de urgencias. Todos los pacientes fueron ubicados y en hospitalización se evadieron 8 y todos igualmente fueron ubicados. nuevo control	Se evidenció que en el primer semestre del año 2026, se realizaron capacitaciones a terceros (Guardas de seguridad, Orientadora del servicio), dando Instrucciones específicas y claras en el desarrollo de la ruta de atención ambulatoria.
Consulta Externa	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado con Fallas en la identificación de signos premonitorios de agresión debido a Falta de capacitación y entrenamiento en valoración / examen mental y manejo de agitación psicomotriz	Moderada	Moderada	Desarrollar procesos de formación y simulación para fortalecer la detección temprana y el manejo adecuado de la agitación psicomotriz en los pacientes.	1.Se evidenció que el protocolo de agitación psicomotriz de pacientes se aumento en la vigencia 2025 a 4 socializaciones por medio de las sesiones breves, con un cumplimiento al seguimiento de un100% del plan en todos los servicios con los EPM. Igualmente se verifica que se realizó el simulacro de evasión y pérdida de pacientes y agitación, realizado en el mes de agosto de 2025, donde se obtuvo una adherencia del 95%. Se divulgaron los resultados por medio de redes, la participación fue del 100% de los asistentes, contando con personal calificado para simulaciones seguras. 2. Se entrenó y certificó a 209 colaboradores en protocolo de atención agitación psicomotriz y se capacitó a 42 funcionarios externos de la red pública con enfoque intersectorial. Se evidencia indicador controlado por debajo de la meta a través de la herramienta Almera y se controla el riesgo de agresión entre paciente en un 98.4%	Se constató que el personal asignado al área ambulatoria continuó integrado en los cronogramas semestrales de formación en Triage, examen mental y detección de conductas agresivas premonitorias dictados por la Subgerencia Científica.
						Los EPM replicaron la información mediante sesiones breves informativas en los puestos de trabajo, asegurando que las alertas identificadas durante la consulta médica o posconsulta queden registradas bajo los parámetros de la plataforma Almera.
						Se constató que el personal asignado al área ambulatoria continuó integrado en los cronogramas semestrales de formación en Triage, examen mental y detección de conductas agresivas premonitorias dictados por la Subgerencia Científica.
Consulta Externa	Posibilidad de impacto en la prestación del servicio relacionado fallas en la supervisión del paciente y su unidad debido a fallas en la búsqueda activa de SPA en el ingreso y la revisión de pertenencias	Bajo	Bajo	Implementar controles sistemáticos de revisión y detección de sustancias psicoactivas en el ingreso de pacientes para fortalecer la seguridad durante la hospitalización.	1. Se evidenció que se realizó inducción y capacitación al personal de seguridad privada, empresa Diamante, terceros y proveedores en lo corrido de la vigencia 2025 y se capacitó al 100% de la población nueva, teniendo en cuenta protocolos de seguridad del paciente, identificación de objetos peligrosos como las sustancias psicoactivas y se aumentaron las socializaciones por medio de las sesiones breves de los EPM a 4 al año. 2. Se evidencia el cumplimiento del plan de trabajo de los EPM de la socialización de protocolos. 3. Se evidencia psicoeducación en colegios de alto riesgo con enfoque intersectorial en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas o SPA en adolescentes 1148 estudiantes. 4. Se verificó que se reportó desde seguridad privada el ingreso de objetos peligrosos como sustancias psicoactivas, además en la ruta de ingreso del paciente el personal auxiliar también identifica objetos peligrosos como SPA, adhiriéndose al protocolo de detección de objetos y sustancias peligrosas. nuevo control Se verificó que no se han presentado consumo de sustancias psicoactivas en hospitalización.	Se evidencia que la referente de seguridad del paciente, realiza capacitación de guardas de seguridad y personal de enfermería en la revisión de pertenencias, elementos de aseo personal y alimentos
Consulta Externa	Posibilidad de impacto en la reputación institucional relacionado vulneración de derechos e incumplimiento de	Moderada	Moderada	Impulsar la cultura institucional de atención centrada en la persona mediante la promoción, seguimiento y evaluación de prácticas	1. Se verificó que en la vigencia 2025 se realizó la socialización de los derechos y deberes y se realizaron las capacitaciones articuladas al Plan Institucional de Capacitación PIC (Inducción y reinducción y protocolos. 2. Se verificó el indicador y el grado de aplicación de prácticas humanizantes con un cumplimiento del 92.86% dando resultado satisfactorio comparado con la meta que es del 90%. Se evidenció la recepción de las manifestaciones las cuales el 91.9% corresponden a felicitaciones por trato humanizado al paciente y encontrando una satisfacción global del 97.74% a julio de 2025. El 100% de los pacientes reconocen	El proceso de Consulta Externa mantuvo la aplicación de las encuestas de trato humanizado y el indicador de satisfacción global de los usuarios en la ruta ambulatoria,

