

	FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
	EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
			VIGENCIA	28/1/2021
	PAGINA 1 DE 1			
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		ALMACEN		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Garantizar el suministro de insumos a los diferentes servicios de las respectivas sedes de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA.</p> <p>*Velar por el control y debido uso de insumos y de los activos fijos; propiedad planta y equipos de la institucion.</p>		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Elaboración anual de un plan de compras	Número de planes de compras elaborados en el año	10	Se verifica en la pagina web de la ESE la actualizacion de la resolucion 657 del 2020, soporta con la resolucion 297 del 30 de Julio del 2021 y anexo a ello actas y asistencias. Ademas pantallazos de la ptaforma soportando plan de compras.
2	Mantener como mínimo el 95 % de oportunidad en la entrega de insumos a los diferentes servicios	(Numero de entregas realizadas oportunamente a los diferentes servicios/pedidos realizados)*100	10	Se evidencia cumplimiento de las solicitudes versus ordenes de servicio
3	Realizar mensualmente los inventarios de insumos de las diferentes areas de servicios en las respectivas sedes.	Numero de inventarios realizados en las areas de servicios en cada sede(deben ser minimo siete(7), por lo tanto, siete(7)inventarios mensuales)*100	10	Se evidencia un total de 102 inventarios al año
4	Realizar anualmente el inventario detallado de los activos fijos; propiedad planta y equipo de la institucion y de forma aleatoria en las diferentes sedes o servicios.	Numero de inventarios de activos fijos; propiedad planta y equipo anual, uno (1) en todas las sedes de la institucion.	10	Se evidencia realizacion de inventarios de activos fijos, propiedad planta y equipos en las diferentes sedes urbanas y rurales
5		Numero de inventarios de activos fijos; propiedad planta y equipo aleatorio durante el año en diferentes sedes o servicios, (minimo 24 anual, dos (2) mensuales)	10	Se evidencia cumplimiento de esta actividad mediante 24 inventarios aleatorios y uno anual

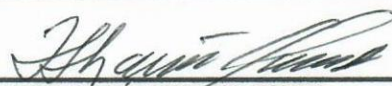
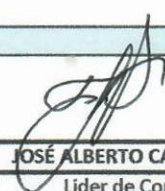
	TOTAL EN PUNTAJE	50	
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA	100%	
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al cumplimiento del área de ALMACEN , Se ubica en un rango de evaluación <b>OPTIMA</b> , debido a que la calificación final de todos sus compromisos estan en el 100% cumpliendo en su totalidad con las actividades			
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>			
<b>9. FIRMA:</b>			
			
<b>JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO</b> Auditor	<b>JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO</b> Lider de Control Interno		


		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACIÓN DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/1/2021	
		PAGINA 1 DE 1		
<b>1. FECHA DE CORTE:</b>		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
<b>2. ENTIDAD:</b>		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b>		MANTENIMIENTO		
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>		Optimizar el Plan de Mantenimiento Hospitalario de la ESE CEO		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Optimizar Mantenimiento preventivo y correctivo equipos biomédicos zona urbana (4 Mantenimientos trimestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se cumplió a cabalidad el indicador, realizando los 4 mantenimientos programados durante la vigencia 2021.
2	Optimizar Mantenimiento preventivo y correctivo equipos biomédicos zona rural (2 Mantenimientos semestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se cumplió a cabalidad el indicador, realizando los 4 mantenimientos programados durante la vigencia 2021.
3	Optimizar Mantenimiento preventivo y correctivo equipos odontológicos (4 Mantenimientos trimestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	9	Se realizaron 4 mantenimientos a las 7 sedes de la Institución y 3 mantenimientos a las restantes que corresponden a la sede rural; razón por la cual no se cumplió a cabalidad el indicador.
4	Optimizar mantenimiento preventivo y correctivo refrigeradores Horiz. Vacunación (2 Mantenimientos semestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se realizaron los 2 mantenimientos preventivos y correctivos semestrales programados a los refrigeradores horizontales, del área de vacunación.
5	Optimizar mantenimiento preventivo y correctivo de neveras convencionales, purificadores y dispensadores de agua (6 Mantenimientos bimensuales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se cumplió a cabalidad el indicador, realizando los 6 mantenimientos bimensuales programados durante la vigencia 2021, mediante contrato 565 de fecha de inicio de 09 de febrero de 2021, con dos otrosi hasta el 30 de noviembre de 2021 y contrato 2437 de fecha de inicio 09 de diciembre vigente a la fecha.
6	Optimizar mantenimiento preventivo y correctivo plantas eléctricas (1 Mantenimiento mensual)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se cumplió a cabalidad el indicador, realizando el mantenimiento mensual de las plantas eléctricas que hacen parte de la ESE CEO.
7	Optimizar mantenimiento preventivo y correctivo a muebles y enseres y elaboración según requerimiento de los servicios (1 Mantenimiento anual)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se cumplió a cabalidad el indicar, mediante contrato 610 de fecha de acta de inicio del 16 de febrero de 2021, mediante otrosi hasta el 30 de noviembre de 2021.



8	Optimizar el mantenimiento preventivo y correctivo de aires acondicionados (6 Mantenimientos bimensuales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se cumplió a cabalidad el indicador, realizando los 6 mantenimientos bimensuales programados durante la vigencia 2021, mediante contrato 565 de fecha de inicio de 09 de febrero de 2021, con dos otrosi hasta el 30 de noviembre de 2021 y contrato 2437 de fecha de inicio 09 de diciembre vigente a la fecha.
9	Optimizar el lavado de tanques de agua aéreos y subterráneos (4 Mantenimientos trimestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se realizó el primer ciclo en el mes de abril, el segundo ciclo en el mes julio, tercer ciclo en el mes de octubre y cuarto ciclo en el mes de diciembre; razón por la cual se cumplió con el compromiso del plan de acción.
10	Mantenimiento preventivo de radiotéfonos, bases, movil y portatil (4 Mantenimientos trimestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	evidenciar
11	Optimizar la Fumigación (4 Mantenimientos trimestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	7.5	Se realizó el primer ciclo en los meses de marzo y abril; para todas las sedes de la Institución, el segundo ciclo en el mes julio, tercer ciclo en el mes de diciembre razón por la cual no se cumplió con el compromiso del plan de acción.
12	Optimizar el mantenimiento y preventivo y correctivo de vehículos (2 Mantenimientos semestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Mediante contrato 023 de 19 de enero de 2021, con suscripción de tres otrosi a fecha 30 de noviembre y contrato 2440 de fecha de acta de inicio del 9 de diciembre de 2021 a 31 de enero de 2022; mediante estos contratos la Entidad cuenta a cabalidad con el respectivo mantenimiento semestral preventivo y correctivo de los vehículos.
13	Optimizar el mantenimiento de jardines (1 Mantenimiento mensual)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	8.3	Se realizó mantenimiento de jardines los meses marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre; no se cumplió con el indicador, faltó realizar mantenimiento de jardines los meses de enero y febrero
14	Optimizar el mantenimiento correctivo de la infraestructura de las sedes urbanas de la ESE CEO (2 Mantenimientos semestrales)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se evidenció el cumplimiento del indicador, referente al mantenimiento correctivo a la infraestructura de las sedes urbanas con una frecuencia de dos mantenimientos durante la vigencia.
15	Optimizar el mantenimiento preventivo de la infraestructura de las sedes rurales de ESE CEO (1 Mantenimiento anual)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	7	No se logró cumplir a cabalidad el indicador, faltaron intervenir en mantenimiento preventivo a la totalidad de sedes rurales, faltando 6 sedes por intervención.


16	Optimizar el mantenimiento y recarga de extintores (1 Mantenimiento anual)	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se cumplió a cabalidad el indicador, evidenciando que se realizó el mantenimiento anual y recarga de extintores durante la vigencia 2021.
TOTAL EN PUNTAJE			151.8	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			95%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de MATENIMIENTO, se ubica en el rango de evaluación <b>ADECUADA</b> , debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 95%.				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
* Se recomienda seguir cumpliendo oportunamente el plan anual de mantenimiento hospitalario.				
* Se recomienda realizar los mantenimientos preventivos y correctivos a la infraestructura de las sedes rurales.				
* Ajustar algunos indicadores teniendo en cuenta que como están establecidos no es viable el cumplimiento.				
<b>9. FIRMA:</b>				
				
JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO		JOSÉ ALBERTO CABRERA POLANCO		
Auditor		Lider de Control Interno		

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACIÓN DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/1/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		FINANCIERA		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>1. Mantener el equilibrio Financiero.</p> <p>2. Optimizar el proceso de facturación .</p> <p>3. Fortalecer el proceso de comunicación de los resultados y análisis de costos hospitalarios a la gerencia y los líderes de proceso.</p> <p>4. Mantener la estabilidad presupuestal de la ESE CEO.</p> <p>5. Coadyudar en el fortalecimiento de flujo de recursos económicos, la calidad asistencial y la relación prestadora aseguradora.</p>		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Efectuar como mínimo el 95% de las conciliaciones programas con EPS.S	(Número de conciliaciones realizadas/Conciliaciones programadas)*100	10	Se realizaron 212 conciliaciones de las 120 que se programaron para la vigencia 2021, cumpliendo el 176,6%, es decir que se cumplió a cabalidad el indicador.
2	Mantener el porcentaje de glosas de cartera por debajo del 6%	(Valor glosa efectivadel periodo/Total facturado en el periodo)*100	7	No se cumplió con el compromiso de mantener por debajo del 6% el porcentaje de las glosas, pues el resultado del porcentaje fue del 9,75%.
3	Mantener meta de recaudo de cartera máximo a 140 días	Venta servicios a crédito/Saldo promedio cuentas por cobrar	9.8	No se cumplió el compromiso de mantener la meta de recaudo de cartera máximo a 140 días, se cerró el año 2021 con una rotación de cartera a 142 días, debido a que en el mes de diciembre se facturó por concepto del CAIMI\$2769.134,038 y no se logró el recaudo en la vigencia.
4	Ejecutar la liquidación de contratos de prestación de servicios de salud suscritos con las diferentes Entidades responsables de pago de servicios (EPS), mínimo al 60% (programado 6)	(Número de contratos liquidados/Total de contratos terminados en el periodo)*100	10	se programó la liquidación de 6 contratos de prestación de servicios con las diferentes EPS, liquidando 12 contratos durante la vigencia, cumpliendo el 200%, es decir se cumplió a cabalidad el indicador.
5	Garantizar el registro del 100% actividades en el proceso de facturación	1. (Número de Ingresos facturados/ Número de ingreso abiertos y efectivamente atendidos )*100	9.35	Se realizaron 1.085.384 facturas de atenciones intramurales y extramurales de un total de 1.159.618 ingresos abiertos en el año con cumplimiento del 93,59% No se cumplió el indicador propuesto en el plan de acción del área de facturación.

6	Generar un documento de análisis de costos hospitalarios cada mes	(Número de informes entregados/Número de informes programados)*100	10	Se cumple a cabalidad el indicador, se evidencia informe mensual de costos durante la vigencia 2021.
7	Consolidar y mantener el equilibrio presupuestal entre el ingreso y el gasto	Valor de la Ejecución de Ingresos Totales Recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores y Disponibilidad Inicia)/ Valor presupuestado de Ingresos para la vigencia * 100.	9.9	La ESE CARMEN EMILIA OSPINA realizo diversas estrategias en el manejo del recaudo enfocadas a la eficiencia de los resultados institucionales, contención de costos, optimización de la información de producción, adquisición de medicamentos mediante el modelo de contratación y aprovechamiento de economía de escala, aunado a los esfuerzos en la gestión de la cartera con las diferentes EPS; aspectos que favorecieron los resultados de eficacia institucional permitiendo un mayor utilidad y dando cumplimiento al indicador de manera satisfactoria. El recaudo efectivo de la vigencia 2021 fue buena llegando a una eficiencia de recaudo del 99% .
8	Dar respuesta al 100% de las objeciones en los términos normativos	Total de objeciones contestadas en el periodo /Total de objeciones recibidas	9.98	Durante la vigencia se recibieron 21.109 glosas de las cuales se respondieron 21.105; aunque el indicador no se cumplió al 100% se logró una buena ponderación.
TOTAL EN PUNTAJE			76.03	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			95%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado cumplimiento del área de facturación, se ubica en un rango de cumplimiento <b>ADECUADA</b> .				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
Se debe continuar con el compromiso de cumplimiento de los objetivos del indicador, que se tienen establecidos en el plan de acción.				
Establecer estrategias, para poder minimizar y evaluar las causas que generan las glosas, para el cumplimiento del compromiso del indicador, establecido en el plan de acción.				
<b>9. FIRMA:</b>				
				
JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO		JOSÉ ALBERTO CABRERA POLANCO		
Auditor		Lider de Control Interno		

		FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
		EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
				VIGENCIA	28/1/2021
				PAGINA 1 DE 1	
<b>1. FECHA DE CORTE:</b>		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021			
<b>2. ENTIDAD:</b>		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b>		TALENTO HUMANO			
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>		<p>*Brindar al personal que sera vinculado una amplia orientacion e informacion sobre las generalidades de la ESE Carmen Emilia Ospina, funciones que desempeñara, razon social y organización de la misma, con el fin de afianzar conocimientos y competencias requeridas para el desarrollo de sus actividades en el area asignada.</p> <p>*Fortalecer el rol docente de la ESE CEO.</p> <p>*Potencializar las competencias tanto individuales como colectivas de los funcionarios de la ESE Carmen Emilia Ospina, promoviendo el desarrollo de los conocimientos y el mejoramiento continuo que permitan adquirir nuevas destrezas para una consolidacionde los objetivos institucionales.</p>			
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS	
1	Dar a conocer la empresa de manera holística y general.	Numero de personas contratadas en el mes/No. De personas que recibieron la induccion*100	10	Se evidencia que trimestralmente se realizan induccionesal al personal	
2	Brindar al nuevo funcionario y/o contratista la respectiva induccion en el area de trabajo, funciones y actividades a desarrollar encomendadas.	No. De personas contratadas por area funcional/No. De personas total ingresadas al area funcional*100	10	Se evidencia que en la ESE CEO hay 600 personas contradas entre las que hay 6 con discapacidad	
3	Medir los conocimientos y la satisfaccion del proceso de induccion.	Nivel de apropiacion del proceso de induccion de 1 a 5	10	Se encuentran registros de las inducciones realizadas con su respectiva calificacion del conocimiento.	
4	Brindar apoyo y conocimiento al personal que obtenga de calificacion menor 3 e igual de 3.	N/A	10	Se hace por medio de un programa llamado plan padrino	
5	Crear un semillero de equipo interdisciplinario para la actividad de docencia servicio	No. Depersonas inscritas en docencia/ No. De personas certificadas en docencia servicios	10	Encontramos evidencias de los postulados al programa formador de formadores con la UNINAVARRA encontrando un acta con codigo AC-FO-32 del 30 de septiembre del 2021.	

6	Fomentar la cultura de la investigacion al interior de la ESE ceo y las instituciones educativas	No. De proyectos de investigacion propuestos por la ESE CEO/ No. Total de proyectos realizados	10	Se evidencia que hay convenios con universidades para las diferentes capacitaciones y/o asesorias, donde encontramos como muestra certificados otorgados por la UNINAVARRA
7	Cumplimiento del cronograma, le difucion y convocatoria de participacion	No. De personas capacitadas/No. Total del personal *100	10	Se verifica el cumplimiento por medio de un programa llamado tu voz escucha
8	Elaboracion de los planes de capacitacion, bienestar social e incentivos en forma anual.	Numero de planes elaborados.	10	Hay evidencia de los planes de capacitaciones respaldado por la resolucion 37 del 28 de enero del 2021
9	Ejecucion como minimo del 95% de los planes de capacitacion, bienestar socail e incentivos.	(Numero de personas capacitadas/Tot al personal)*100	10	Hay registro del desarrollo del plan registradas en cada uno de los trimestres.
10	Desarrollar la política de inclusion social con el fin de cumplir con la LEY 1816 del 2013	Numero de personas discapacitadas contratadas/numero total de personas vinculadas a la ESE CEO.	10	Se visualiza que dentro de la ESE hay 6 personas con diferentes discapacidades, cumpliendo con la ley 1618 del 2013.
11	Validar la informacion suministrada por los profesionales, técnicos, que ingresan a la ESE CEO.	No. De titulos verificados de personal contratado / No. De personal contratado en el periodo.	10	se encuentra evidencia de la solicitud de verificacion de titulos del personal contratado
TOTAL EN PUNTAJE			110	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			100%	
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al cumplimiento del área de TALENTO HUMANO, su evaluacion es OPTIMA, debido a que la calificación final de todos sus compromisos estan en el 100% cumpliendo en su totalidad las actividades.				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
<b>9. FIRMA:</b>				
 <b>GELA GORETTY VERA PEREZ</b> Auditor		 <b>JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO</b> Lider de Control Interno		


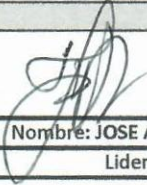
		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/1/2021	
PAGINA 1 DE 1				
<b>1. FECHA DE CORTE:</b>		<b>ENERO A DICIEMBRE DEL 2021</b>		
<b>2. ENTIDAD:</b>		<b>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>		
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b>		<b>SALUD OCUPACIONAL</b>		
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>		Transformacion de la Cultura Organizacional en el talento humano		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Mantener actualizado el sistema de gestion de salud y seguridad del trabajo superior al 90%	Numero de revisiones programadas/numero de revisiones realizadas x 100	8	Se evidencia avance en la actualizacion del documento sistema de gestion de salud y seguridad del trabajo, enviado al area de calidad con fecha 14 de enero de 2022.
2	Actualizar los planes de emergencias	Numero de planes de emergencia actualizados/numero total de planes de emergencia x 100	10	Se evidencia actualizados y publicacion en la pagina web
3	Verificacion plan anual de trabajo	MATRIZ IPVR	10	Se evidencia actualizados y publicacion en la pagina web
4	Verificacion plan anual de trabajo	Elaboracion inventario de sustancias quimicas	6	Se verifico con el area encargada, y se evidencia que este compromiso no recae en sus actividades. Se tiene el documento programa de riesgo quimico. acerca de la elaboracion
5	Verificacion plan anual de trabajo	capacitacion en riesgo quimico	10	Se evidencia que existe el documento de riesgo quimico al igual que la presentacion de la capacitacion realizada en el mes de agosto del 2021
6	Verificacion plan anual de trabajo	capacitacion en radicion ionizante	10	Se evidencia cumplimiento de la actividad, con la capacitacion realizada en octubre del 2021
7	Verificacion plan anual de trabajo	Seguimiento al programa de gestion de trabajos en alturas	10	Se realizo actualizacion del programa trabajo seguro en alturas, y capacitaciones y entrega de elementos de proteccion personal para trabajo seguro en alturas
8	Verificacion plan anual de trabajo	Capacitacion en primeros auxilios	10	Se realizaron 3 capacitaciones en primeros auxilios en julio-evacuacion y rescate en agosto y control de incendios en abril
9	Verificacion plan anual de trabajo	Estructuracion del programa de pausas activas	10	Se realizaron actividades y actualizacion del programa habitos de estilo de vida saludables SOA-S1-D33
TOTAL EN PUNTAJE			84	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			93%	


**7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:** En lo relacionado al cumplimiento del area de SALUD OCUPACIONAL , se ubica en un rango de evaluacion **ADECUADA** , debido a que la calificacion final de todos sus compromisos estan en el 93% cumpliendo sus actividades en su totalidad.

**8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Se recomienda hacer seguimiento con el area de calidad para la finalizacion de la actualizacion del documento sistema de gestion de salud y seguridad del trabajo.

**9. FIRMA:**

	
Nombre: <b>GELA GORETTY VERA PEREZ</b>	Nombre: <b>JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO</b>
Auditor	Lider de Control Interno

		FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
		EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
				VIGENCIA	28/1/2021
				PAGINA 1 DE 1	
<b>1. FECHA DE CORTE:</b>		<b>ENERO A DICIEMBRE DEL 2021</b>			
<b>2. ENTIDAD:</b>		<b>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>			
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b>		<b>GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA (PLANEACION)</b>			
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>		Gestionar todas las acciones necesarias encaminadas a la calidad a través del mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales, con proyección a cumplimiento de estándares superiores de calidad			
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS	
1	Apoyar en la elaboración planes de desarrollo, realizar seguimiento monitorización y evaluación	Actas de seguimiento	10	Se evidencia actas de seguimiento durante toda la vigencia	
2	Brindar apoyo a la gerencia en la planeación de la plataforma estratégica institucional	Plataforma estratégica	10	Se dio apoyo y acompañamiento de manera participativa para la planeación de la plataforma estratégica institucional	
3	Socializar una vez aprobada por la junta directiva el plan de desarrollo a todo el equipo directivo, formalizando las responsabilidades operativas	Plan de desarrollo y el plan de acción aprobado	10	Se evidencia acta donde se aprueba plataforma estrategia por la junta directiva	
4	Apoyar en la construcción de mapas de riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital	Plan anticorrupción	10	Se cuenta con el plan anticorrupción actualizado	
5	Indicadores de transparencia y acceso a la información	Matriz de riesgo	10	se cuenta con la matriz, participar activamente en capacitaciones por función pública	
6	Racionalización de trámites	Suit	10	Se cuenta con botón en la página web y actualizada la información de los ocho trámites	
7	Gestionar en conjunto con el Municipio la construcción segunda fase CAIMI	Un proyecto gestionado-segunda fase CAIMI	7	Se cuenta actualmente con el convenio 2977 del 2021 para la construcción de la segunda fase.	
8	Formulación y gestión del proyecto de equipo rayos X sede CANAIMA	Formulación y gestión del proyecto	10	Se evidencia en funcionamiento	
9	Elaborar y gestionar la construcción centro de salud AIPECITO	Un proyecto gestionado y construido-AIPECITO	9	Ejecutado en un 98% obra civil	
10	Gestionar construcción segunda fase palmas	Un proyecto gestionado-segunda fase PALMAS	8	Cuenta con el proyecto elaborado y aprobado, concepto de la secretaria sobre la capacidad instalada.	

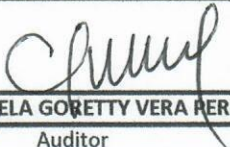
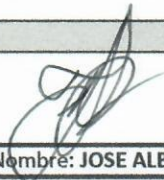
11	Apoyar al comité institucional de gestion y desempeño	Comites ejecutados/ comites programados	10	se realizaron trimestralmente y extraordinarios según necesidad
12	Analizar, identificar y recopilar la informacion solicitada a traves del formulario unico del reporte y avance de la gestion del FURAG	Autodiagnostico a evaluar/total de autodiagnosticos evaluados	10	Se realizaron las recomendaciones por estrategias y nplanes de accion para subsanar. Se trabajo el autodiagnostico de politica de gestion de conocimiento e innovacion analizando falencias del resultados
13	Apoyar socializacion y capacitacion sobre el MIPG	Numero de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas	10	Se evidencia 2 capacitaciones programadas y ejecutadas 8
14	Realizar Plan estrategico de gestion	documento o acta	10	Se evidencia aprobacion del plan estrategico mediante acta de comité
15	Planes de accion de la institucion	documento o acta	10	Se evidencia aprobacion del plan estrategico mediante acta de comité
16	Consolidacion del plan estrategico y plan de accion, informe trimestral	Numero de seguimientos realizados/ Numero de seguimientos programados	10	Se evidencia consolidacion y socializacion trimestral a gerencia
TOTAL EN PUNTAJE			154	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			96%	


**7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:** En lo relacionado al cumplimiento del area de GESTION GERENCIA Y ESTRATEGICA, se ubica en un rango de evaluacion **ADECUADA**, debido a que la calificacion final de todos sus compromisos estan en el 72 % cumpliendo sus actividades en su totalidad.

**8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Se recomienda que el area revise la metodologia de seguimiento a los planes de accion.  
Se recomienda que el area defina metas medibles y alcanzables.

**9. FIRMA:**

	
Nombre: <b>GELA GORETTY VERA PEREZ</b> Auditor	Nombre: <b>JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO</b> Lider de Control Interno

	FORMATO	CODIGO	CI-51-F14
	EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA	VERSION	1
		VIGENCIA	28/1/2021
		PAGINA 1 DE 1	

<b>1. FECHA DE CORTE:</b>	<b>ENERO A DICIEMBRE DEL 2021</b>
<b>2. ENTIDAD:</b>	<b>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b>	<b>CONTROL INTERNO</b>

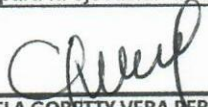
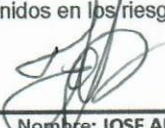
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>	Mejoramiento del proceso auditor de control interno
--	---


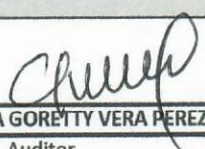
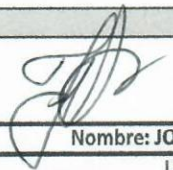
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Fortalecer la primera y segunda linea de defensa para el mantenimiento efectivo de los controles internos como lo dispone la septima dimension, Mediendo la efectividad de los procesos de la oficina de control interno en busca de cumplimiento de los ob	Numero de capacitaciones o boletines realizadas/ numero de capacitaciones o boletines programados en el mes	10	Se programaron y ejecutaron 6 boletines de autocontrol socializado a todos los lideres
2		Numero de auditorias realizadas/ numero de auditorias programadas en el mes	10	Se programaron y ejecutaron 7 auditorias en la vigencia 2021 según plan anual de auditorias y plan de accion
3		Numero de informes de ley presentados y publicados/ Numero de informes de ley programados en el mes conforme a la normatividad vigente	10	Se entregaron durante la vigencia 18 informes de ley, cumpliendo al 100% el plan de accion de la oficina de control interno
4		Numero de auditorias realizadas/ numero de auditorias programadas en el mes	10	Se programaron y ejecutaron 7 auditorias en la vigencia 2021 según plan anual de auditorias y plan de accion
<b>TOTAL EN PUNTAJE</b>			<b>40</b>	
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA</b>			<b>100%</b>	


**7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:** En lo relacionado al cumplimiento del area de CONTROL INTERNO, se ubica en un rango de evaluacion **OPTIMA** , debido a que la calificacion final de todos sus compromisos estan en el 100 % cumpliendo sus actividades en su totalidad.

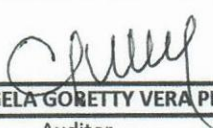
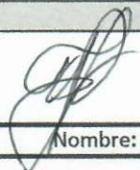
**8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**


- \* Continuar con la buena gestion para el cumplimiento de las actividades plasmada en el plan de accion de la vigencia 2022.
- \* Fortalecer las acciones para la ejecución de los controles existentes definidos en los riesgos


 Nombre: GELA GORITTY VERA PEREZ Auditor	 Nombre: JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO Lider de Control Interno
---	--

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/1/2021	
PAGINA 1 DE 1				
<b>1. FECHA DE CORTE:</b>		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
<b>2. ENTIDAD:</b>		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b>		GESTION AMBIENTAL		
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>		Fortalecer la politica del medio ambiente		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Incinerar los residuos peligrosos generados en la ESE CEO	Cantidad de residuos peligrosos incinerados en kg.mes/cantidad de residuos peligrosos totales en kg.mes generados x 100	10	Se verifico cumplimiento de la actividad, mediante la incineracion de 70.998,33kg de residuos peligrosos en total, el cual refleja un 62 %.
2	Reducir el consumo de los servicios publicos de energia y agua en un 5%	Consumo inicial-consumo final	10	Se verifico cumplimiento de la actividad para el consumo de energia con un ahorro del 11 % en zona urbana y un ahorro del 3,5% en el servicio de agua
3	Realizar campañas educativas ambientales sobre sensibilidad del medio ambiente	Numero de campañas realizadas/ Numero de campañas programadas x 100	10	Se verifico su cumplimiento mediante la ejecucion de 10 campañas educativas sobre 10 programadas.
4	Satisfacer las necesidades de canecas, con el fin de realizar una adecuada segregacion	Numero de canecas cambiadas/ Numero de canecas que requieren cambio x 100	10	Se cambiaron en total 45 canecas trasladadas dentro de los centros de salud, requeridas ese mismo total
5	Realizar capacitaciones cliente interno y externo de la institucion	No. De capacitadas ejecutadas por mes/ total de capacitaciones programadas *100	10	Se verifico cumplimiento de la actividad, con la ejecucion de 18 capacitaciones sobre 18 programadas.
TOTAL EN PUNTAJE			50	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			100%	
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al cumplimiento del area de AMBIENTAL, se ubica en un rango de evaluacion OPTIMA , debido a la calificacion final, donde todos sus compromisos estan en el 100% cumpliendo sus actividades en su totalidad.				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
Se recomienda seguir realizando y cumpliendo con todos sus compromisos como lo viene ejecutando.				
<b>9. FIRMA:</b>				
				
Nombre: GELA GORETTY VERA PEREZ		Nombre: JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO		
Auditor		Lider de Control Interno		

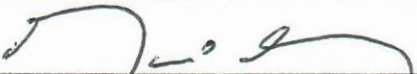
		FORMATO		
		CODIGO	CI-51-F14	
EVALUCION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/1/2021	
PAGINA 1 DE 1				
<b>1. FECHA DE CORTE:</b>		<b>ENERO A DICIEMBRE DEL 2021</b>		
<b>2. ENTIDAD:</b>		<b>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>		
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b>		<b>GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA (PLANEACION)</b>		
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>		Gestionar todas las acciones necesarias encaminadas a la calidad a través del mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales, con proyección a cumplimiento de estándares superiores de calidad		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Apoyar en la elaboración de planes de desarrollo, realizar seguimiento, monitorización y evaluación	Actas de seguimiento	10	Se evidencia actas de seguimiento durante toda la vigencia
2	Brindar apoyo a la gerencia en la planeación de la plataforma estratégica institucional	Plataforma estratégica	10	Se dio apoyo y acompañamiento de manera participativa para la planeación de la plataforma estratégica institucional
3	Socializar una vez aprobada por la junta directiva el plan de desarrollo a todo el equipo directivo, formalizando las responsabilidades operativas	Plan de desarrollo y el plan de acción aprobado	10	Se evidencia acta donde se aprueba plataforma estratégica por la junta directiva
4	Apoyar en la construcción de mapas de riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital	Plan anticorrupción	10	Se cuenta con el plan anticorrupción actualizado
5	Índices de transparencia y acceso a la información	Matriz de riesgo	10	se cuenta con la matriz, participar activamente en capacitaciones brindadas por función pública
6	Racionalización de trámites	Suit	10	Se cuenta con botón en la página web y actualizada la información de los ocho trámites
7	Gestionar en conjunto con el Municipio la construcción segunda fase CAIMI	Un proyecto gestionado-segunda fase CAIMI	7	Se cuenta actualmente con el convenio 2977 del 2021 para la construcción de la segunda fase.
8	Formulación y gestión del proyecto de equipo rayos X sede CANAIMA	Formulación y gestión del proyecto	10	Se evidencia en funcionamiento
9	Elaborar y gestionar la construcción centro de salud AIPECITO	Un proyecto gestionado y construido-AIPECITO	9	Ejecutado en un 98% obra civil
10	Gestionar construcción segunda fase palmas	Un proyecto gestionado-segunda fase PALMAS	8	Cuenta con el proyecto elaborado y aprobado, concepto de la secretaria sobre la capacidad instalada.


11	Apoyar al comité institucional de gestion y desempeño	Comites ejecutados/ comites programados	10	se realizaron trimestarlmente y extraordinarios según necesidad
12	Analizar, identificar y recopilar la informacion solicitada a traves del formulario unico del reporte y avance de la gestion del FURAG	Autodiagnostico a evaluar/total de autodiagnosticos evaluados	10	Se realizaron las recomendaciones por estrateguias y nplanes de accion para subsanar. Se trabajo el autodiagnostico de politica de gestion de conocimiento e innovacion analizando falencias del resultados
13	Apoyar socializacion y capacitacion sobre el MIPG	Numero de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas	10	Se evidencia 2 capacitaciones programadas y ejecutadas 8
14	Realizar Plan estrategico de gestion	documento o acta	10	Se evidencia aprobacion del plan estrategico mediante acta de comité
15	Planes de accion de la institucion	documento o acta	10	Se evidencia aprobacion del plan estrategico mediante acta de comité
16	Consolidacion del plan estrategico y plan de accion, informe trimestral	Numero de seguimientos realizados/ Numero de seguimientos programados	10	Se evidencia consolidacion y socializacion trimestral a gerencia
TOTAL EN PUNTAJE			154	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			96%	
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al cumplimiento del area de GESTION GERENCIA Y ESTRATEGICA, se ubica en un rango de evaluacion <b>ADECUADA</b> , debido a que la calificacion final de todos sus compromisos estan en el 72 % cumpliendo sus actividades en su totalidad.				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
Se recomienda que el area revise la metodologia de seguimiento a los planes de accion. Se recomienda que el area defina metas medibles y alcanzables.				
<b>9. FIRMA:</b>				
				
Nombre: <b>GELA GORETTY VERA PEREZ</b>		Nombre: <b>JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO</b>		
Auditor		Lider de Control Interno		

	FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
	EVALUCION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
			VIGENCIA	28/1/2021
	PAGINA 1 DE 1			
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		SIAU		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		Optimizar continuamente los servicios de salud, con accesibilidad, oportunidad, transparencia, calidad humana, responsabilidad, eficacia y eficiencia del servicio para satisfacer las necesidades de los usuarios de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
		6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	mantener un contacto directo y articulacion con lideres comunitarios para garantizar un buen servicio al ciudadano	Reuniones efectivas realizadas con agremiaciones / reuniones programadas según cronograma.	10	Se han realizado reuniones convocando a las agremiaciones acompañadas por la Oficina de comunicaciones, el Gerente y el area de tecnico cietifica . Reuniones programadas de manera a mensual. 31 reuniones se realizaron en el año 2021.
2	Consolidar un call center con mayor volumen de llamadas y en horarios rotativos que permitan mayor cubrimiento en tiempo	Total de llamadas atendidas/ total de llamadas generadas * 100%.	7	Para el año 2021 se aumentó el call center con el proposito de consolidarlo y contar con diferentes horarios rotativos. Se atendieron 259.569 llamadas/ 362.505 significando un 71,6 %
3	Que todos nuestros usuarios tengan conocimiento que la institucion maneja diferentes canales de comunicación, de forma visible y facil acceso, para ser escuchados	total de manifestaciones recibidas en los diferentes canales	10	Durante el 2021 fueron 780 manifestaciones recibidas.
4	Reducir el número de insatisfacciones de forma escalonada hasta un minimo aceptable	N° de insatisfaccion/N° total manifestacion	7	el total de insatisficciones durate el 2021 fue de 365, muestra obtenida por medio del plan de accion 2021. 365 insatisfaccion/ 780 manifestaciones recibidas: 46.7%
5	Que todas auxiliares administrativas SIAU tengan el conocimiento de todas las áreas y servicios que ofrece la E.S.E C.E.O	N° de capacitaciones programadas	10	por medio de las asistencias se evidenció que se realizaron 19 capacitaciones durante el año 2021

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/1/2021	
		PAGINA 1 DE 1		
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		Garantizar la gestión y mantenimiento de los sistemas de informacion, Implementar apropiadamente el buen manejo de las herramientas desde el area TIC, implementar y mantener estrategia y gobierno de TI Institucional, Definición de una infraestructura tecnologica de alta disponibilidad, consistente, en desempeño eficiente y confiable		
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
No.		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Garantizar el cumplimiento oportuno de las actualizaciones correspondientes en cada uno de los sistemas de informacion INDIGO y SIMAD con los que cuenta la E.S.E Carmen Emilia Ospina en la actualidad	Numero de actualizaciones programadas/ N° de actualizaciones realizadas	10	se cumplieron con las actualizacion y soporte realizadas en los sistemas de informacion INDIGO Y SIMAD.
2	Analizar los riesgos asociados al uso de la tecnologia y adquisicion de herramientas tecnologicas	N° de riesgos analizados/N° de riesgos mitigados	10	Durante el 2021 el antivirus fue el riesgo analizado en las TICS de la E.S.E CEO
3	Crear politicas organizacionales para la implementacion, evaluacion, adquisicion, incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la tecnologia	N° de politicas solicitadas/ N° de politicas entregadas	10	Durante el año 2021 se pudo evidenciar en la Oficina de TICS, la creación de 1 politica realizada con biomedica por medio de comité MIPG
4	Diseñar un proceso para la implementación y evaluación de la seguridad del uso de tecnologia al interior de la E.S.E Carmen Emilia Ospina	N° manuales planteados/ N° de manual implementado	10	Durante el año 2021, se diseñó un proceso para la implementacion y evaluacion de la seguridad del uso de la tecnologia al interioro de la E.S.E CEO., se evidenció por medio del proceso en la Oficina de las TICS
5	Realizar el soporte tecnico de los equipos dispuestos en los diferentes puntos de atencion, de tal forma que se garantice el buen funcionamiento de los mismos	N° de actividades programadas/ N° de actividades ejecutadas	10	Por medio de las solicitudes de las diferentes oficinas de la E.S.E CEO el servicio fue atendido por el soporte tecnico. 1144 fueron las solicitudes realizadas durante el año 2021, las mismas fueron atendidas oportunamente

6	Documentar el del Plan de capacidad, monitorización de uso y rendimiento de la infraestructura TIC de alta disponibilidad, consistente, desempeño eficiente y seguro	N° de procesos proyectados para documentación / N° de procesos documentados, 100%	10	Durante el año 2021 se ha elaborado el plan de capacidad, monitorización de uso y rendimiento de la infraestructura TIC
7	Poner en funcionamiento el módulo de asignación de citas disponible en la pagina web institucional . Evaluar la efectividad del módulo	Modulo de asignacion de citas	5	Durante el año 2021, se instaló el modulo de asignacion de citas donde se activó el módulo web al Software INDIGO, no se evaluó la efectividad de dicho modulo
8	Renovacion tecnologica para suplir las necesidades y brindar un mejor servicio a la comunidad	Número de equipos obsoletos/Numero de equipos nuevos	1	No se realizaron las compras necesarias para reemplazar los equipos obsoletos de la E.S.E.CEO, el presupuesto establecido para la compra de equipos fue utilizado para cubrir la demanda de necesidades en los puntos de vacunacion de la E.SE.
9	Elaboracion de plan de diagnostico de redes categoria 5a Categoría 6A en cada uno de los centros de salud de la ESE Carmen Emilia Ospina	Plan elaborado	6	El plan de diagnostico fue el elaborado como se evidencia en el borrador existente en la Oficina de TICS. Queda pendiente la publicacion de dicho documento
10	Diseñar, elaborar e implementar el procedimiento de custodia de los activos de información	Procedimiento elaborado	10	Durante el año 2021, se diseñó y se implementó el procedimiento de cuistodia de los activos de información.
11	Elaborar y adoctar el procedimiento para la integridad, autenticidad, disponibilidad y preservación de los activos de información	Procedimiento elaborado	10	Durante el año 2021 se evidenció en la Oficina de las TICS la elaboración del Procedimiento para la ntegridad, autenticidad, disponibilidad y preservación de los activos de información
12	Elaboración de plan de diagnostico de los sistemas de comunicación rural	Diagnostico elaborado	6	Durante el año 2021, se realizó la elaboracion del plan de diagnostico, quedando pendiente la publicacion de dicho documento
TOTAL EN PUNTAJE			98	

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA	82%	
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al cumplimiento del área de TIC, se ubica en un rango de evaluación ADECUADA, debido a que la calificación final de sus compromisos estan en el 82%.		
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>		
<p>* Se recomienda seguir en el seguimiento del buen funcionamiento del sistema de información.</p> <p>*Se recomienda que las actividades programadas en los planes de acción sean metas alcanzables, con el objeto que el area de cumplimiento al 100% y con esto dar prioridad para la implementación de las politicas de adquisición, desarrollo e implatación de sistemas información en el plan de acción de la vigencia 2021.</p> <p>* Se recomienda que los planes de diagnostico sean aprobados, firmados y publicados durante las fechas establecidas.</p>		
<b>9. FIRMA:</b>		
		
Nombre: MARIO ANDRES MOTTA SALGUERO Auditor		Nombre: JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO Lider de Control Interno

	FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
	EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
			VIGENCIA	28/1/2021
	PAGINA 1 DE 1			
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		COMUNICACIONES		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		Gestionar todas las acciones necesarias encaminadas a la calidad a través del mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales, con proyección a cumplimiento de estándares superiores de calidad		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Desarrollo de actividades, campañas educativas, brigadas de salud y acompañamiento a eventos de manera intra y extramural	actividades, campañas o brigadas desarrolladas al mes	10	Se realizaron 184 actividades realizadas durante el año 2021.
2	construir boletines de prensa para medios internos y externos	boletines enviados y publicados	10	Se realizaron durante el año 2021 184 boletines de prensa, los cuales fueron publicados en medios internos y externos.
3	A través de la recopilación y construcción de notas e interés, diagramar y divulgar el boletín institucional	Boletín EnterESE	10	se realizaron 4 los boletines EnterESE durante el año 2021
4	Recopilar Información para actualizar la página web	Actualización de información	10	De forma oportuna se actualizan la información en la página web
5	Recopilar información para actualizar la página Intranet	Actualización de información	10	De manera oportuna se actualizó la información en la página intranet
6	Recopilar información y realizar impresión para visitas y actualizaciones de carteleros en los centros de salud	Actualización de información	10	se evidencia la realización de la actualización de carteleros
7	Recopilar información para la actualización de carteleros digitales en los centros de salud	Actualización de información	10	se evidencia la realización de la actualización de carteleros

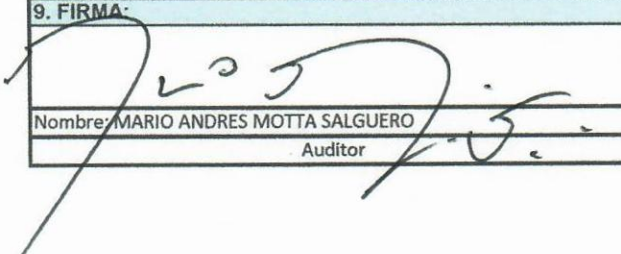

8	Generar información educativa sobre los diferentes programas y actividades de la institución para ser publicados en los espacios disponibles en redes sociales y canales web	Actualización de información (Banners, videos, imágenes, información escrita, transmisiones eventos en vivo)	10	se publicaron 784 informaciones en el Fan page de la E.S.E CEO
9	Generar información educativa sobre los diferentes programas y actividades de la institución para ser publicados en los espacios disponibles en redes sociales y canales web	Actualización de información (Banners, videos, imágenes, información escrita)	10	Se publicaron 364 informaciones en la red social twitter
10	Generar información educativa sobre los diferentes programas y actividades de la institución para ser publicados en los espacios disponibles en redes sociales y canales web	Actualización de información (Banners, imágenes, videos)	10	Se publicaron 171 informaciones en la red social de instagram
11	Generar información educativa sobre los diferentes programas y actividades de la institución para ser publicados en los espacios disponibles en redes sociales y canales web	Actualización de contenidos audiovisuales	10	Se publicaron 12 videos en youtube, referentes a información de la E.S.E CEO
12	Verificar la reglamentación descrita en el manual de rendición de cuentas para el desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas (inscripción, convocatoria, evento)	Evento de rendición de cuentas	10	se realizó la respectiva publicación de la rendición de cuentas de la E.S.E CEO
TOTAL EN PUNTAJE			120	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			100%	


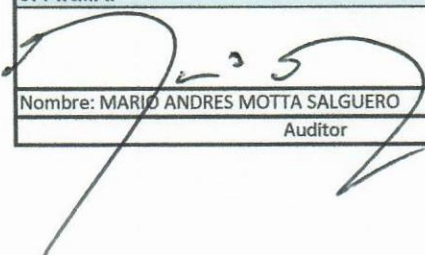

**7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:** En lo relacionado al cumplimiento del área de COMUNICACIONES, Se ubica en un rango de evaluación OPTIMA, debido a que la calificación final de todos sus compromisos estan en el 100% cumpliendo sus actividades en su totalidad.


**8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

\* Se recomienda seguir actualizando la pagina web, para informar a la población en general sobre los servicios, estrategias , campañas, eventos y actividades que se desarrollan en la ESE.  
 \* Se recomienda seguir actualizando conforme al cronograma la actualización de carteleras físicas y digitales , página web , pagina intranet de la institución. \* Se recomienda seguir con la publicación del registro de información y eventos generados en la institución en la red social facebook, red social twitter y en el canal youtube. \* Se deben crear estrategias para lograr el cubrimiento del evento de rendición de cuentas de una manera dinámica, eficiente y eficaz para que la comunidad conozca al detalle lo que la entidad quiere hacer llegar. \* se recomienda actualizar la matriz y codificar donde se relacionan las actividades, campañas o brigadas de la E.S.E CEO

**9. FIRMA:**

	
Nombre: MARIO ANDRES MOTTA SALGUERO Auditor	Nombre: JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO Lider de Control Interno

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/1/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		ASESOR JURIDICO		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		Actualización del reglamento interno de la Junta Directiva		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del máximo órgano social, miembros de la Junta Directiva ( u órgano equivalente) y la Alta Gerencia	Establecer formatos dirigidos a los miembros de junta en los que se establezca las inhabilidades e incompatibilidad, conflicto de interés e identificación SARLAF	6	Durante el año 2021 se socializaron dentro de los comités de gerencia, la creación de los formatos dirigidos a los miembros de junta en los que se establezca las inhabilidades e incompatibilidad, conflicto de interés e identificación SARLAF; quedando pendiente establecer dichos formatos.
2	Revisar periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar el órgano colegiado	Establecer dentro del reglamento de junta directiva, la función, el término y objetivos para que los miembros evalúen las políticas institucionales y generen cambios	1	No se evidenció actividad en el año 2021
TOTAL EN PUNTAJE			7	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			35%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de COMUNICACIONES, Se ubica en un rango de evaluación DEFICIENTE, debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 100% cumpliendo sus actividades en su totalidad.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
* Se recomienda establecer los formatos dirigidos a los miembros de junta a en los que se establezca las inhabilidades e incompatibilidad, conflicto de interés e identificación SARLAFT.				
* Se recomienda que las actividades programadas se ejecuten conforme a las fechas establecidas en el plan de acción.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: MARIO ANDRES MOTTA SALGUERO Auditor		Nombre: JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO Lider de Control Interno		

	FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
	EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
			VIGENCIA	28/1/2021
	PAGINA 1 DE 1			
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		GARANTIA DE LA CALIDAD		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		Disminuir el riesgo de ocurrencia de eventos adversos , Disminuir los costos de no calidad, Realizar novedades de apertura de servicios con cumplimiento de estandares de habilitación, Establecer un modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, guiado en un plan de mejora institucional, en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre el liderazgo, mejorar la participación de todos procesos en el mejoramiento		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Aplicar la encuesta de cultura de seguridad	Proporcion de respuestas positivas de la percepcion de la seguridad del paciente en la institución	10	Se realizaron las encuestas de cultura de seguridad, por diferentes medios dando el cumplimiento a este compromiso, se pudo evidenciar las 396 encuestas realizadas
2	Analizar los resultados de la encuesta	Proporcion de respuestas positivas de la percepcion de la seguridad del paciente en la institución	10	por medio de la tabulacion y en la autoevaluacion se estima aumentar un 20% como meta maxima, cada estandar tiene la calidad obserbada.
3	Ajustar el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los resultados de la encuesta	Proporcion de respuestas positivas de la percepcion de la seguridad del paciente en la institución	10	constantemente en los comites de la Oficina de Calidad se realizan diferentes ajustes y se tienen en cuenta los resultados de las encuestas
4	Apoyar la implemetacion del programa de seguridad del paciente en los servicios de la institucion.	Proporcion de respuestas positivas de la percepcion de la seguridad del paciente en la institución	10	por medio de la norma 3100 de habilitacion se realizaron las implementaciones correspondientes al programa de seguridad del paciente

5	Diseñar un plan de monitorización de la calidad desde diferentes fuentes de información, que incluya el cumplimiento a la normatividad vigente	Plan diseñado	10	se evidencia el plan diseñado según resolución 408, dentro del año 2021 se realizaron las mediciones del comité técnico científico.
6	Implementar el plan de monitorización de la calidad desde diferentes fuentes de información.	Proporción de acciones propuestas en el plan cumplidas	10	se realizó la implementación del plan de monitorización de la calidad por medio de comités institucionales, de igual manera existen listas de chequeo para hacer las respectivas ejecuciones de este plan.
7	Elaborar informes y comunicar los resultados de la monitorización de la calidad, incluyendo el cumplimiento a los informes obligados por la norma	número de comunicaciones anuales	10	se elaboraron los informes de monitorización de la calidad y se comunicaron los resultados dentro del comité de calidad de forma mensual
8	Gestionar la disminución de costos de no calidad a través de los comités institucionales	Número de comités en el año con presentación de resultados de la monitorización de la calidad	10	se evidencian en los 12 comités mensuales la disminución de costos de no calidad.
9	Establecer los criterios de los estándares del sistema único de habilitación que aplican a los servicios que se planeen	número de informes con indicadores de los requerimientos según norma de habilitación para los servicios nuevos que se planeen abrir	10	Dentro del año 2021 no se abrieron nuevos servicios, por lo tanto no fue necesario establecer los criterios, pero se hizo la socialización de las nuevas normas que corresponden al sistema de habilitación según las normas correspondientes.
10	Diseñar un modelo de mejoramiento	Proporción de equipos de mejora establecidos en funcionamiento	5	se verificó el avance del modelo de mejoramiento por medio de la Resolución 57 de 2021, donde se indican los lineamientos, quedando pendiente la aprobación del modelo.
11	Socializar un modelo de mejoramiento	Proporción de equipos de mejora establecidos en funcionamiento	10	Se verificaron por medio de actas donde se realizó la proporción de equipos de mejora de la E.S.E CEO
12	Refinir los equipos de mejoramiento	Proporción de equipos de mejora establecidos en funcionamiento	10	Durante el año 2021 se verificaron por medio de actas la refinición de los equipos de mejora de la E.S.E CEO

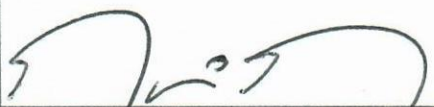

13	Acompañar la implementación del modelo de mejoramiento en cada uno de los equipos de mejoramiento	Proporción de equipos de mejora establecidos en funcionamiento	10	Dentro del comité de Calidad y de Gerencia y en los Comites de mejoramiento se hizo acompañamiento en cada uno de los equipos de mejoramiento
14	Elaborar un informe para desplegar el mejoramiento institucional	Número de comunicados del mejoramiento institucional	5	Se evidencia que durante el año 2021, en los diferentes comites de calidad se realizó el analisis del mejoramiento continuo de la E.S.E CEO, pero no se realizó el informe correspondiente del mejoramiento institucional.
15	Diseñar un plan de capacitacion a los lideres en la gestion del mejoramiento continuo	Número de capacitaciones brindadas	5	se evidencia que se realizaron las capacitaciones en dos temas, el primero para fortalecer el analisis de problemas y analisis de indicadores, dirigido al equipo de calidad y tecnicocientifica
16	Liderar la implementacion de la metodologia de autoevaluacion cualitativa y cuantitativa en estandares de acreditación	Poporción de grupos estandares con autoevaluacion	10	se evidencia que en el año 2021 se lideró la implementacion de autoevaluacion cualitativa y cuantitativa
17	Implementar una metologia de priorizacion para el mejoramiento	Poporción de equipos de mejora que realizan priorización	10	Durante el año 2021 se implementaron 6 grupos de equipos de mejora
18	Definir la calidad esperada relacionada con el cumplimiento de estandares superiores de calidad	Proporción de equipos de mejora que definen la calidad deseada	10	por medio de la autoevaluacion se estima aumentar un 20% como meta maxima, cada estandar tiene la calidad obserbada.

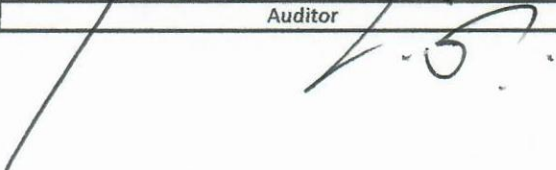
19	Definir los mecanismos de observación de la calidad en torno al cumplimiento de estándares superiores de calidad	Proporción de equipos de mejora que defiene la calidad observada del 50% de sus oportunidades de mejora priorizadas	8	En la participación de los equipos , se les suministró a cada uno para que ellos actualizaran el formato de evaluación cualitativo y cuantitativo
20	Acompañar la definición de acciones de mejora para alcanzar la calidad deseada	Proporción de equipos de mejoramiento con plan de acción definido para alcnzar la calidad deseada	10	se evidencia en la matriz del plan de mejora el acompañamiento a las diferentes acciones para alcanzar la calidad deseada
21	Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora	Proporción de equipos de mejoramiento con seguimiento al plan de acción definido para alcanzar la calidad deseada	10	Dentro de esta matriz se estipula el seguimiento de las acciones de mejora y se logró realizar el seguimiento
22	Capacitar en analisis de problemas relacionadas con la calidad en la prestación de servicios a los lideres de los procesos asistenciales y de apoyo	Número de capacitaciones en analisis de problemas relacionados con la calidad en la prestación de servicios	10	se evidenciaron capacitaciones sobre analisis de problemas, igualmente comunicación acertiva, como dar malas noticias, del programa de humanizacion y seguridad del paciente.
23	Capacitar en diseño y analisis de indicadores a los lideres de los procesos asistenciales y de apoyo	Número de capacitaciones en diseño y analisis de indicadores relacionados con la calidad en la prestación de servicios	7	Durante el año 2021 se pudo evidenciar que se realizaron 2 capacitaciones , en la oficina de calidad y en la oficina de tecnico científica
TOTAL EN PUNTAJE			210	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			91%	
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de GARANTIA DE LA CALIDAD, su calificación es ADECUADA debido a su cumplimiento del 91%				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
* Se recomienda aprobar el diseño de mejoramiento de la E.S.E CEO y el informe para desplegar el mejoramiento				


institucional

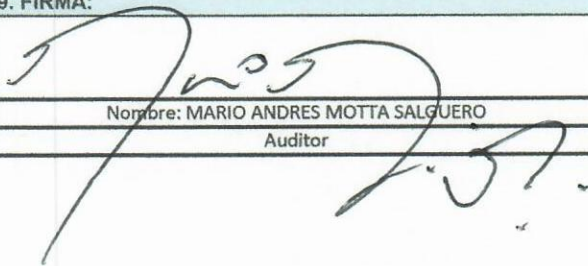
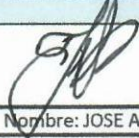
- \* Se recomienda que las actividades programadas se ejecuten conforme a las fechas establecidas en el plan de acción.
- \* Se recomienda que se alimente la matriz del plan de acción conforme al cumplimiento o no cumplimiento de las actividades programadas, en caso en que la actividad no se pueda realizar llevar la justificación al comité y reprogramarla.


**9. FIRMA:**

	
Nombre: MARIO ANDRES MOTTA SALGUERO	Nombre: JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO
Auditor	Lider de Control Interno



	FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
	EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
			VIGENCIA	28/1/2021
	PAGINA 1 DE 1			
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		JURIDICA		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		prevencion del daño antijuridico		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Mantener la oportunidad en un 100% de respuesta a tutelas.	(Número de tutelas gestionadas en los tiempos establecidos/ total tutelas del periodo)*100.	10	Para la vigencia del 2021 se recibieron 44 tutelas, donde se observó la oportunidad de las respuestas realizadas
2	Mantener la oportunidad en un 100% de respuesta a derechos de petición.	(Número de derechos de petición resueltos/ total de derechos de petición del periodo)*100.	10	Para la vigencia 2021 se recibieron 469 derechos de petición, donde se observó la oportunidad de respuesta
3	Mantener la oportunidad en un 100% de respuesta a procesos jurídicos.	(Número de procesos jurídicos tramitados dentro de los términos establecidos/Total de procesos jurídicos del periodo)*100.	10	Para la vigencia 2021 se recibieron 21 procesos jurídicos los cuales fueron tramitados dentro de los terminos establecidos. Dando cumplimiento a la oportunidad en un 100%
4	Ajustar las clausulas contractuales de conformidad con el Estado de Contratación, con los fallos judiciales que han afectado a la entidad. Estudiar nuevas formas de vinculación del personal asistencial	N/D	10	Se hicieron las modificaciones a las clausulas contractuales, se puede evidenciar que las clausulas contractuales de los nuevos contratos de vinculacion del personal asistencial han sido modificadas en el año 2021, con el proposito de evitar fallos judiciales que afecten a la E.S.E C.E.O
5	Por intermedio del comité de conciliación y defensa judicial, coordinar, establecer y reforzar el seguimiento a las auditorias y al manejo preventivo de la contratación del recurso humano de la Carmen Emilia Ospina	N/D	10	En los comites de conciliacion y defensa judicial, por medio de las actas se pudo evidenciar que el asesor juridico con estudios de derecho medico ha realizado oportes importantes, logrando reforzar el seguimiento a las auditorias .

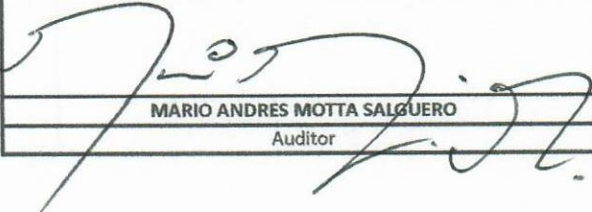
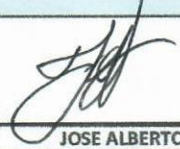
6	Reducir el numero de eventuales demandas que se puedan presentar frente a la entidad por nulidad y restablecimiento del derecho	N/D	3	La actualización del manual de procedimiento contractual en la entidad corresponde a la Oficina de Contratación y no a la Defensa Judicial, pese a esta observación la Oficina de Jurídica ha estado presta a trabajar de la mano con la Oficina de Contratación con el objetivo de lograr la prevención del daño antijurídico como se puede evidenciar en los comités de la Oficina.
7	Reducir el numero de eventuales demandas que se puedan presentar frente a la entidad por nulidad y restablecimiento del derecho	N/D	10	Por medio de las actas de los comités interdisciplinarios se puede evidenciar que previo a la elaboración de los contratos se hacen 15 días con antelación el análisis y la elaboración de los estudios previos de los contratos asistenciales y administrativos del personal de la E.S.E CEO.
8	Lograr la Institucionalidad y fijación de lineamientos de las instancias encargadas de la contratación y la defensa jurídica de la entidad		10	En los comités de la Oficina de jurídica se pudo evidenciar que permanentemente se socializan y se determinan lineamientos de las instancias encargadas del área de la contratación y de la defensa judicial de la E.S.E CEO.
9	Lograr la consecución e implementación de una infraestructura		5	Con el propósito de fortalecer la estructura operativa del área de defensa judicial con ocasión del covid 19, en la Oficina de Jurídica durante el año 2021, realizaron diferentes cotizaciones y análisis de la necesidad para la adquisición de un Software, igualmente se tramitó la solicitud presupuestal en el mes de septiembre de 2021. Quedó pendiente el proceso de compra del software.
TOTAL EN PUNTAJE			78	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			87%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de JURIDICA, su calificación es ADECUADA debido a su cumplimiento del 87%				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
<p>* Se recomienda que las actividades programadas en el plan de acción sea ejecutables y con metas alcanzables, a la vez que se de cumplimiento en las fechas establecida, en caso de no dar cumplimiento se debe justificar en el comité y nuevamente reprogramar fecha.</p> <p>* Se recomienda que se alimente la matriz del plan de acción conforme al cumplimiento o no cumplimiento de las actividades programadas, de esta forma se facilita la verificación y seguimiento de las metas.</p> <p>*Continúa con la buena gestión en la representación oportuna de los procesos judiciales.</p>				
9. FIRMA:				
				
Nombre: MARIO ANDRES MOTTA SALGUERO		Nombre: JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO		
Auditor		Lider de Control Interno		

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/1/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2021		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		TECNICO CIENTIFICO		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Fortalecer la prestación del servicio de salud a través de la implementación de un modelo de atención, que garantice la calidad, oportunidad y satisfacción en el usuario, cumpliendo con los indicadores en salud.</p> <p>*Ofertar rutas de atención integral que garanticen una prestación de servicio sin barreras.</p> <p>*Ejecutar convenios como PIC y ETV en articulación con los entes territoriales para cumplimiento de indicadores en salud pública.</p>		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1	Mejorar en un 85% la apropiación conceptual por parte del personal asistencial y administrativo de la política IAMI en la institución.	No de personal asistencial y administrativo capacitado en IAMI/No total de personal asistencial y administrativo ESE CEO.	10	se evidenció que durante el año 2021 se capacitaron 535 de 707 para un cumplimiento del 75.6% y para el personal administrativo el resultado obtenido fue de 65%
2	Lograr un 40% el conocimiento por parte de los usuarios de la política IAMI en la institución.	No de usuarios educados en estrategia IAMI/ No total de usuarios atendidos en ruta infancia, primera infancia, materno perinatal.	10	Durante el año 2021 La cobertura alcanzada respecto a la educación a los usuarios impartida con respecto a la política IAMI; se alcanzó una cobertura del 100% que corresponde a 3.000 usuarios educados en estrategia IAMI en el 2021.
3	Implementar el desarrollo de dos (2) espacios amigables para adolescentes y jóvenes.	No. De servicios amigables para adolescentes y jóvenes implementado/ No. De servicios amigables para adolescentes y jóvenes programado.	10	Durante el año 2021 se evidenció que en el plan de desarrollo esta actividad se programó para el año 2022 con sus respectivas mediciones
4	Actualizar el modelo de prestación de servicios de salud	Modelo de prestación de servicios y portafolio de servicios de salud actualizado.	10	se pudo evidenciar que el modelo de prestación de servicios de salud S1-M1 se presentó el 07/11/2021
5	Documentar la política de prestación de servicio de salud.	Política documentada	10	se pudo evidenciar que la política de prestación de servicio de salud se documentó por medio de la Resolución 412 del 8 de noviembre de 2021
6	Definir los indicadores según los procesos	Proporción de indicadores analizados mensualmente	10	Durante el año 2021 se realizaron las fichas de los respectivos indicadores de cada proceso

7	Garantizar el analisis mensual de la oferta y la demanda a traves de indicadores.	Proporcion de indicadores analizados mensualmente	10	Durante el año 2021 se realizaron las fichas con sus respectivos indicadores, analisis y reportes oportunos
8	Definir los indicadores según los procesos	Proporcion de indicadores analizados mensualmente	10	para el año 2021 se realizaron las fichas de los respectivos indicadores
9	Aumentar al 70% la proporcion de personas con hipertension arterial (HTA), estudiadas para enfermedad Renal cronica (ERC)	Cociente entre numero de pacientes solo hipertensos con medicion de creatinina en el ultimo año/numero total de pacientes con solo hipertension.	10	para el año 2021 según el resultado del indicador de la ficha del programada de riesgo cardiovascular, se evidencio el resultado de 74%
10	Aumentar al 62% proporcion de personas con diabetes Mellitus, estudiadas para enfermedad Renal Cronica(ERC)	Numero depacientes con solo diagnostico de DM con medicion de creatinina en el ultimo año/Numero total de pacientes con solo DM	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de riesgo cardiovascular, se evidencio el resultado de 75%
11	Aumentar al 65% proporcion de pacientes con Hipertencion Arterial Controlada	Numero de pacientes con diagnostico de hipertension Arterial con cifras tencionales por debajo de 140/90 mmHG en el ultimo año/numero total de pacientes disgnostico de Hipertension Arterial reportados	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de riesgo cardiovascular, se evidencio el resultado de 69%
12	Mantener en 90% la adherencia en la evaluacion de la palicacion de guia de manejo especifica: Guia de atencion enfermedad Hipertensiva	Numero de historias clinicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicacion estricta de la guia de atencion hipertensiva adoptadas por la ESE/ Total de historias clinicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con dignostico de hipertencion arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evaluacion.	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de riesgo cardiovascular, se evidencio el resultado de 92%
13	Lograr un 85% la proporcion de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion	Numero de mujeres gestantes a quienes se le realizo por lo menos una valoracion medica y se inscribieron al control de control prenatal de la ESE, a mas tardar en la semana 12 de gestacion/ Total de mujeres gestantes identificadas.	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de ruta materno perinatal, se evidencio el resultado de 88%

14	Lograr un 40% la proporcion de gestantes con consejeria de lactancia materna en la institucion	Numero de gestantes con consejeria de lactancia materna en la institucion/Numero total de gestantes	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de ruta materno perinatal, se evidencio el resultado de 40%
15	Mantener en un 10% la proporcion de gestantes con 4 o mas controles prenatales	Numero de gestantes con cuatro o mas controles prenatal/Total de gestantes en control prenatal*100	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de ruta materno perinatal, se evidencio el resultado de 47%
16	Mantener en 95% la proporcion de gestantes con asesoria, toma y resultados para VIH	Numero de gestantes con toma de prueba para VIH durante el control prenatal/Numero total de gestantes reportadas*100	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de ruta materno perinatal, se evidencio el resultado de 95%
17	Mantener le 90% la proporcion de gestantes con tamizaje para sifilis	Numero de gestantes a las que se les realizaron las tres pruebas diagnosticas para sifilis durante el embarazo/Numero total de gestantes de los ultimos 6 meses reportadas*100	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de ruta materno perinatal, se evidencio el resultado de 91%
18	Aumentar a 10% la proporcion de mujeres en edad fertil 15 a 49 años, atendidas en planificacion familiar.	Numero de mujeres en edad fertil 15 a 49 años, atendidas en planificacion familiar/numero total de mujeres en edad fertil entre 15 a 49 años designadas para atencion para la institucion*100	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de ruta materno perinatal, se evidencio el aumento de la proporcion de mujeres de edad fertil
19	Mantener en un 85% la evaluacion de aplicación de guia de manejo de crecimiento y desarrollo	Numero de historias clinicas de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplico estrictamente la guia tecnica para la deteccion temprana en las alteraciones del crecimiento y desarrollo/Total de niños(as) menores de 10 años a quienes se atendio en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia	10	según el resultado del indicador de la ficha del programa de ruta de primera infancia e infancia , se evidencio el resultado de 88%
20	Mantener en un 80% la proporcion de mujeres en tre 25 y 69 años con toma de citologia en el ultimo año	Numero de mujeres de entre 25 y 69 años que se ha tomado la citologia en el periodo definido/Total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a las IPS.	8	según el resultado del indicador de la ficha del programa de ruta de citologias , se evidencio el resultado de 63%
21	Realizar el 95% de las brigadas en salud area urbana programadas	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	se realizaron 50 brigadas urbanas de 50 programadas

22	Mantener en 80% de las consultas bajo modalidad domiciliaria	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	por medio de los indicadores con sus respectivos resultados arroja un resultado del 98%
23	Realizar el 100% de las brigadas en salud area rural programadas	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	se realizaron 430 brigadas rurales de 430 programadas
24	Documentar las rutas de cancer en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	en el mapa de procesos de la E.S.E se evidencia la documentacion para la ruta de cancer
25	Documentar la ruta de enfermedades pulmonares crónicas en la ESE Caremen Emilia Ospina	Ruta documentada	1	no se evidencia la actividad para el periodo 2021
26	Documentar la ruta de alteraciones nutricional en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	en el mapa de procesos de la E.S.E se evidencia la documentacion para la ruta de alteraciones nutricionales
27	Documentar la ruta de salud bucal en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	1	no se evidencia la actividad para el periodo 2021
28	Elaborar, actualizar y socializar documento de atencion que incluya las rutas integrales de atencion de violencia, violencia de genero y sexuales.	Ruta documentada	10	en el mapa de procesos de la E.S.E se evidencia la documentacion para la ruta de violencia de generos
29	Elaborar, actualizar y socializar documento de atencion que incluya las rutas integrales de atencion en salud mental (trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas)	Ruta documentada	1	no se evidencia la actividad para el periodo 2021
30	Continuar la prestacion del servicio de salud bajo la modalidad de teleconsulta	Numero de teleconsultas atendidas x 100/Numero de teleconsultas agendadas	10	por medio de los indicadores con sus respectivos resultados arroja un resultado del 76%
31	Implemetar la modalidad de telemedicina para la prestacion del servicio por dos (2) especialidades en la institucion	Numero de especialidades implementadas bajo la modalidad de telemedicina en la institucion	1	no se evidencia la actividad para el periodo 2021

42	Mantener en un 95% los reportes al SIVIGILA	Porcentaje de cumplimiento	10	se evidencia que el resultado de las notificaciones al SIVIGILA fue de 99.4%
43	Grantizar el 100% proporcion del cumplimiento del plan de capacitacion anual	Porcentaje de cumplimiento de plan de capacitacion anual	8	se realizaron 33 de 35 capacitaciones al personal asistencial de la E.S.E CEO
44	Diseñar tres (3) rutas integrales en atencion en salud que incluya especialidades	Rutas diseñadas e integradas	10	Se elaboro proyecto de habilitación Medicina interna, ginecologia y Medicina Familiar
45	Socializar ante tres (3) EAPB el plan de salud con rutas diseñadas e integradas	plan socializado ante EAPB	1	no se evidencia la actividad para el periodo 2021
46	Ejecutar el 100% de las metas	metas ejecutadas/metras contratadas*100	10	se evidencia que el contrato interadministrativo 1805 de 2020 de plan de intervenciones colectivas y el cto 1947 de 2021 el informe de la ejecucion
47	Contratar el 100% del recurso humano requerido para el cumplimiento de las obligaciones contractuales del convenio.	Recurso humanocontratado/recurso humano planeado*100	10	se verificó que el personal solicitado fue el contratado durante el 2021
48	Matriz de seguimiento de actividades estructurales y documentada.	Matriz de seguimientopor convenio	10	se realizó la matriz de seguimiento de las actividades estructurales y documentada
TOTAL EN PUNTAJE			441	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			92%	
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al cumplimiento del área de TALENTO HUMANO, su evaluacion es ADECUADA, debido a que la calificación final de todos sus compromisos estan en el 100% cumpliendo en su totalidad las actividades.				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
*continuar con el desarrollo del plan de accion				
*realizar durante el periodo del año 2022 las actividades que quedaron pendientes en el año 2021				
<b>9. FIRMA:</b>				
				
MARIO ANDRES MOTTA SALGUERO			JOSE ALBERTO CABRERA POLANCO	
Auditor			Líder de Control Interno	