
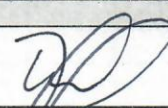
	FORMATO	CODIGO	CI-S1-F14
	EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA	VERSION	1
		VIGENCIA	28/01/2021
		PAGINA 1 DE 1	


1. FECHA DE CORTE:	ENERO A DICIEMBRE DE 2022
2. ENTIDAD:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:	ALMACÉN

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 activos fijos; propiedad planta y equipos de la institución.</p>
---	---

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO	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 estableció un plan de compras para la vigencia 2022, aprobado mediante resolución administrativa 519 de diciembre 29 de 2021, se encuentra publica en la página web de la Entidad.
2	Mantener como mínimo el 97 % de oportunidad en la entrega de insumos a los diferentes servicios de las respectivas sedes de la Institución.	(Número de entregas realizadas oportunamente a los diferentes servicios/pedidos realizados)*100	10	Durante la vigencia 2022, se entregaron oportunamente los diferentes pedidos en los diferentes servicios de la Institución.
3	Realizar mensualmente los inventarios de insumos de las diferentes áreas de servicios en las respectivas sedes.	Numero de inventarios realizados en las áreas de servicios en cada sede(deben ser mínimo siete(7), por lo tanto, siete(7)inventarios mensuales)*100	7,5	Durante la vigencia se desarrollaron 24 inventarios durante los doce meses.
4	Realizar anualmente el inventario detallado de los activos fijos; propiedad planta y equipo de la institución 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 institución.	10	Se realizó un inventario de activos fijos, propiedad, planta y equipo anual con fecha de apertura 1 de diciembre de 2022 y fecha de cierre 28 de diciembre de 2022, en las 10 sedes de la Institución.
5		Numero de inventarios de activos fijos; propiedad planta y equipo aleatorio durante el año en diferentes sedes o servicios, (mínimo 24 anual, dos (2)	10	Durante la vigencia se desarrollaron 24 inventarios durante los doce meses.

	TOTAL EN PUNTAJE	47,5	
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA	95%	
<p>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de ALMACÉN , Se ubica en un rango de evaluación OPTIMA, debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 95 % cumpliendo en su totalidad con las actividades</p>			
<p>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</p> <p>Realizar mensualmente los inventarios de insumos de las diferentes áreas de servicios en las respectivas sedes, ya que durante la vigencia 2022 no se cumplió a cabalidad el indicador.</p>			
<p>9. FIRMA:</p>			
			
<p>JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO Auditor</p>		<p>JAIBER SÁNCHEZ CRUZ Líder de Control Interno</p>	

FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		Asesor Jurídico		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*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.</p> <p>*Revisar periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar el órgano colegiado.</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	Actualizar el reglamento interno de la junta Directiva	Establecer formato dirigidos a los miembros de Junta en los que se establezcan las inhabilidades e incompatibilidades, conflicto de interés e identificación SARLAF.	10	Durante la vigencia 2022, se implementó el Manual de Conflicto de Interés donde se incluye los miembros de la Junta Directiva. Manual GTH-S1-M2
		Establecer dentro del reglamento de Junta Directiva, la función, el término y objetivos para que los miembros evalúen las políticas institucionales y generen cambios.	0	No se evidencia cumplimiento del Indicador.
TOTAL EN PUNTAJE		10		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA		50%		
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área JURÍDICA, su evaluación es DEFICIENTE , debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 50% cumpliendo solamente un indicador de los dos que están establecidos.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Establecer dentro del reglamento de la Junta Directiva los mecanismos para evaluar las políticas institucionales que generen cambios.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO Auditor		Nombre: JAIBER SANCHEZ CRUZ Líder de Control Interno		

		FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
		EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA		VERSION	1
				VIGENCIA	28/01/2021
PAGINA 1 DE 1					
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2022			
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		BIOMÉDICO			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Optimizar el plan de mantenimiento Hospitalario de la ESE Carmen Emilia Ospina *Apoyar la supervisión para la ejecución de la Metrología de los equipos biomédicos de la ESE Carmen Emilia Ospina *Adquirir equipos biomédicos para el fortalecimiento dela prestación de los servicios en el área de rayos X, consulta externa rural-urbana, urgencias, odontología hospitalización y servicios extramurales.</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	4 Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona urbana	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10	Se celebraron 4 contratos con la empresa SP CONSTRUMEDIC SAS; la empresa presta el servicio a través de dos ingenieros, un ingeniero biomédico y uno electrónico; contrato 2505 de 2021, inicio el 27 de diciembre de 2021 y finalizó el 28 de febrero de 2022; contrato 303 de 2022, del 01 de marzo de 2022, con dos otro si que finalizó el 30 de septiembre de 2022; contrato 836 de 2022, 01 de octubre de 2022 con otro si y terminó el 30 de noviembre de 2022; el 1350 de 2022, inicio el 06 de diciembre de 2022 y finaliza el 28 de febrero de 2023.	
2	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona rural	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10	Se celebraron 4 contratos con la empresa SP CONSTRUMEDIC SAS; la empresa presta el servicio a través de dos ingenieros, un ingeniero biomédico y uno electrónico; contrato 2505 de 2021, inicio el 27 de diciembre de 2021 y finalizó el 28 de febrero de 2022; contrato 303 de 2022, del 01 de marzo de 2022, con dos otro si que finalizó el 30 de septiembre de 2022; contrato 836 de 2022, 01 de octubre de 2022 con otro si y terminó el 30 de noviembre de 2022; el 1350 de 2022, inicio el 06 de diciembre de 2022 y finaliza el 28 de febrero de 2023.	
3	4 Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos odontológicos	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	7,5	Se celebraron 5 contratos; el primero 2498 de 2021 con la empresa INVERSIONES SALAS Y SUCESORES LTDA; inicio el 16 de diciembre de 2021 y finalizó el 28 de febrero de 2022; el segundo 329 de 2022; con la empresa ENERGIA VITAL; incio el 15 de marzo de 2022, con otro si y finalizó el 31 de julio de 2022; contrato 797 de 2022, inicio el 25 de agosto de 2022 con otro si y finalizó el 31 de octubre de 2022; 1175 de 2022, inicio el 17 de noviembre de 2022 y finalizó el 30 de noviembre de 2022; contrato 1355 de 2022, incio el 12 de diciembre de 2022 y finaliza el 28 de febrero de 2023. Se hicieron solamente 3 mantenimientos.	
4	2 Mtos semestral preventivo y correctivo refrigeradores horizontales /vacunación	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10	Se celebraron otro si 2 al contrato 303 del 2022; inicio el 15 de julio de 2022 y se termino el 30 de septiembre de 2022 y contrato 1350 de 2022, se inició el 6 de diciembre	
5	1 vez al año supervisión para el cumplimiento de la ejecución de metrología de los equipos biomédicos	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10	Se celebró contrato 1196 del 2022, con la empresa MARCAPASOS SAS; fecha de inicio el 21 de noviembre del 2022, con fecha de terminación 30 de noviembre de 2022. (

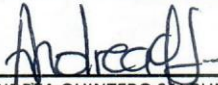
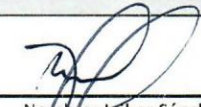
6	Adquisición de la tecnología para el mejoramiento del servicio	Numero de equipos biomédicos obsoletos/numero total de equipos biomédicos *100	5,0	No se adquirieron nuevos equipos biomédicos durante la vigencia 2022.
TOTAL EN PUNTAJE			52,5	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			88%	


7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área BIOMÉDICA , se ubica en un rango de evaluación **ADECUADA** , debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 88% cumpliendo sus actividades en su totalidad.

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

Se recomienda dar prioridad a los mantenimientos de equipos de odontología y al proceso de adquisición de nuevos equipos biomédicos.

9. FIRMA:


	
Nombre: ANDREA QUINTERO SALGUERO Auditor	Nombre: Jaiber Sánchez Cruz Lider de Control Interno

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUCION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		GARANTÍA DE LA CALIDAD		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<ul style="list-style-type: none"> *Disminuir el riesgo de ocurrencia de eventos adversos. *Disminuir los costos de no calidad. *Realizar novedades de apertura de servicios con cumplimiento de estándares 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	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	
6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS				
1	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la encuesta de cultura de seguridad Analizar los resultados de la encuesta Ajustar el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los resultados de la encuesta 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	Para la vigencia del 2022 se aplicaron un total de 356 encuestas de percepción del clima de seguridad del paciente de la ESE CEO, de las cuales se miden un total de 3564 preguntas trasadoras de las cuales se obtienen 3091 respuestas positivas, para un porcentaje del 87% repuestas positivas de percepción.
2	Diseñar un plan de monitorizacion de la calidad desde diferentes fuentes de informacion, que incluya el cumplimiento a la normatividad vigente	Plan diseño	10	Para la vigencia del 2022 se establece el plan de auditoria de calidad, basados en el programa de auditorias para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud de la entidad y del modelo de mejorammiento de la calidad con vigencia del 24 de enero del 2022 Ver.2 código GE-S3-D1
3	Implementar el plan de monitorizacion de la calidad desde diferentes fuentes de información.	Proporcion de acciones propuestas en el plan cumplidas	10	Para la vigencia del 2022, se establecieron 123 acciones programadas de las cuales se cumplieron 104 acciones, para un porcentaje del 84,6% de acciones cumplidas.

4	Elaborar informes y comunicar los resultados de la monitorización de la calidad, incluyedo el cumplimiento a los informes obligados por la norma	numero de comunicaciones anuales	10	Para la vigencia del 2022, se elaboró un informe el cual fue socializado en el mes de noviembre y comunicado en el mes de diciembre a la alta gerencia. En el comité de calidad se socializaron los avances de forma mensual.
5	Gestionar la disminucion de costos de no calidad a travez de los comites institucionales	Numero de comites en el año con presentacion de resultados de la monitorizacion de la calidad	10	Para la vigencia del 2022, se desarrollaron 11 comité de calidad donde se reliazó el monitoreo de los avances de la calidad. Los comite fueron realizados en los meses de enero, febrero, tres en el mes de mayo, julio, dos en agosto,
6	Establecer los criterios de los estandares del sistema unico de habilitacion que aplican a los servicios que se planeen	Número de informes con indicaciones de los requerimientos según norma de habilitacion para los servicios nuevos que se planee abrir	10	Para la vigencia del 2022, se elaboraron dos informe según requerimiento de la norma para apertura de laboratorioo clínico sede canaima y del proyecto de la sede CAIMI.
7	Diseñar un modelo de mejoramiento	Proporcion de equipos de mejora establecidos en funcionamiento	10	Se evidencia el modelo de mejoramiento de la calidad con vigencia del 24 de enero del 2022 Ver.2 código GE-S3-D1. Para la vigencia del 2022 se cconto con 4 equipos primarios en funcionamiento. donde a travez de actas mensuales se evidencia su funcionamiento. Los cuales se encuentran en las sedes de IPC, canaima, palmas y granjas.
	Socializar un modelo de mejoramiento			
	Definir los equipos de mejoramiento			
	Acompañar la implementación del modelo de mejoramiento en cada uno de los equipos de mejoramiento			
8	Elaborar un informe para desplegar el mejoramiento institucional	Número de comunicados del mejoramiento institucional	10	Para la vigencia del 2022, se elaboró informe de mejoramiento institucional, el cual fue socializado el 14 de febrero del 2022 a la alta gerencia.
9	Diseñar un plan de capacitacion a los lideres en la gestion del mejoramiento continuo	Número de capacitaciones brindadas	10	Para la vigencia del 2022 se programaron 4 capacitaciones para líderes para el mejoramiento continuo, las cuales se desarrollaron en los meses de febrero, marzo y 2 en el mes de mayo de forma presencial, en temas de: programa de humanización con sus 9 ejes. Herramientas para el fortalecimiento de comunicación institucional y humanizado. Administración de organizaciones basadas en el mejoramiento continuo el 23 de mayo. Humanización el 27 de mayo.

10	Liderar la implementación de la metodología de autoevaluación cualitativa y cuantitativa en estándares de acreditación	Proporción de grupos de estándares con autoevaluación	10	Para la vigencia del 2022, se evaluaron 8 grupos con 139 estándares (direccionamiento, gerencia, pacas, talento humano, ambiente físico, gerencia de la información, gestión de la tecnología y mejoramiento), los cuales fueron evaluados en su totalidad, arrojando una calificación según resolución 408 del 2018 es de 1.20%
11	Implementar una metodología de priorización para el mejoramiento	Proporción de equipos de mejora que realizan priorización	10	Para la vigencia del 2022, se priorizan 6 grupos de equipos de mejora participaron en la priorización los cuales son: direccionamiento y gerencia, talento humano, gerencia en la información y gestión de la tecnología, pacas, ambiente físico, mejoramiento. Los cuales se priorizan por medio de la matriz de riesgo costo y volumen.
12	Definir la calidad esperada relacionada con el cumplimiento de estándares superiores de calidad	Proporción de equipos de mejora que definen la calidad deseada	10	Para la vigencia del 2022, los 6 grupos definen la calidad deseada, basados en la calificación obtenida en el 2021.
13	Definir los mecanismos de observación de la calidad en torno al cumplimiento de estándares superiores de calidad	Proporción de equipos de mejora que definen la calidad observada del 50% de sus oportunidades de la mejora priorizada	10	Para la vigencia del 2022 se realizó observación a 70 oportunidades de mejora, de las cuales todas quedan con plan de mejora para alcanzar la calidad deseada.
14	Acompañar la definición de acciones de mejora para alcanzar la calidad deseada	Proporción de equipos de mejoramiento con plan de acción definido para alcanzar la calidad deseada	10	Para la vigencia del 2022 se evidencian 6 planes de mejora para alcanzar la calidad deseada.
15	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	Para la vigencia 2022 se realiza seguimiento a todos los equipos de mejora. Con un total de 121 seguimientos de los cuales se evidencian en cumplidos, no cumplidos y en desarrollo.
16	Capacitar en análisis de problemas relacionadas con la calidad en la prestación de servicios a los líderes de los procesos asistenciales y de apoyo	Número de capacitaciones en análisis de problemas relacionadas con la calidad de la prestación de servicios	5	Para la vigencia del 2022, se desarrollaron 2 capacitaciones en análisis de problemas relacionadas con la prestación de servicios.
17	Capacitar en diseño y análisis de indicadores a los líderes de los procesos asistenciales y de apoyo	Número de capacitaciones en diseño y análisis de indicadores relacionados con la calidad en la prestación de los servicios	7,5	Para la vigencia del 2022, se desarrollaron 3 capacitaciones en diseño y análisis de indicadores relacionadas con la calidad en la prestación de servicios.

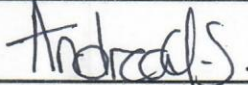
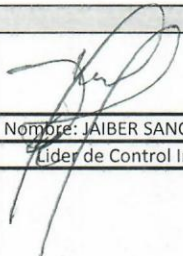
	TOTAL EN PUNTAJE	162,5	
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA	96%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado cumplimiento del área de Calidad, se ubica en un rango de cumplimiento OPTIMA ; teniendo en cuenta que sus evidencias comprueban el grado de compromiso en la ejecución de las metas del área.			
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
* Estandarizar el cronograma por plan de monitoreo de la calidad. * Establecer mínimo 4 capacitaciones para la vigencia el 2023 en análisis de problema relacionados con la calidad en la prestación de servicios y 4 capacitaciones en diseño y análisis de indicadores relacionados con la calidad en la prestación de servicios. * Implementar la plantilla para la presentación de informe, los cuales se han desarrollado en la de auditoria.			
9. FIRMA:			
			
Nombre: ANDREA QUINTERO SALGUERO Auditor		Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ Líder de Control Interno	


		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		COMUNICACIONES		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<ul style="list-style-type: none"> *Implementar una herramienta TIC para la asignación de citas de manera virtual. *Elaborar la estrategia de comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina. *Establecer la política de comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina. *Fortalecer la imagen institucional de la ESE Carmen Emilia Ospina. *Hacer seguimiento al despliegue de la información de la institución presentada a través de medios de comunicación local y/o regional. *Posicionar la imagen de la ESE Carmen Emilia Ospina en el ámbito local y regional. *Divulgar de manera permanente información sobre actividades de cada uno de los programas que adelanta la ESE. *Hacer uso de herramientas comunicativas existentes en la entidad. *Actualizar y manejo de herramientas TIC a través de la publicación de información en canales digitales y redes sociales oficiales. *Rendición de cuentas. *Construir el portafolios de servicios de la ESE Carmen Emilia Ospina. * Actualización link transparencia y acceso a la información pública. *Definir una propuesta valor establecida. *Fortalecimiento de la comunicación entre la ESE CEO y los representantes de los usuarios. 		
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	Módulo de asignación de citas en la página web	Un módulo web para asignación de citas	10	En el indicador se evidencia que existe la casilla "Solicitud de Cita Web" en la página Web de la entidad, el cual se encuentra en funcionamiento, donde para la vigencia del 2022 se atendieron 147 solicitudes de citas por medio de la web.
2	Aplicación de encuestas al cliente interno y externo	Aplicación de encuesta según muestra calculada	10	Para la vigencia 2022 se realizaron 658 encuestas de percepción sobre los canales de comunicación. Al cliente interno se aplicaron 301, sobre la muestra de 130 y al cliente externo 357 encuestas, sobre la muestra calculada de 300.
3	Construcción de diagnóstico comunicacional que analice la comunicación al interior y exterior de la entidad	Un documento (diagnóstico) de comunicación que incluya comunicación interna y externa.	10	Para la vigencia 2022 se evidencia el diagnostico con comunicación interna a Gerencia el día 10 de agosto y el 29 de agosto al personal de la entidad. Comunicación externa fue dirigida al personal de agremiación.

4	Divulgar la estrategia de gran impacto generada para solventar o fortalecer el proceso de comunicación	Un documento que contenga la estrategia comunicativa a ejecutar en la entidad	10	Para la vigencia 2022 se evidencia el diagnostico con comunicación interna a Gerencia el día 10 de agosto y el 29 de agosto al personal de la entidad. Comunicación externa fue dirigida al personal de agremiación.
5	Política de comunicación ESE Carmen Emilia Ospina	Una política de comunicación establecida en mapa de procesos	10	Se evidencia en la página web de la entidad dentro del mapa de procesos la política de comunicación con vigencia 6 de mayo del 2021 versión 1, codificada GCI-S3-D3. Socializada y aprobada el 10 de agosto del 2022 por Gerencia.
6	Articulación contenidos que aporten a la imagen, construcción de diseños aplicables a los diferentes formatos, ejemplos de utilidad de la imagen corporativa, plantillas descargables.	Un manual de imagen e identidad corporativa	10	Se evidencia el Manual de Imagen de la entidad con actualización del 2021. El cual fue socializado y aprobado por el comité de desempeño el día en 5 de mayo de 2021.
7	Orientar sobre el uso, manejo y apropiación de las comunicaciones al interior de la ESE CEO	Un manual de comunicaciones	10	Se evidencia el Manual de Comunicaciones de la entidad vigencia 27 de junio 2022 Ver.2 Código GE-S3-M3 El cual fue socializado y aprobado por la alta Gerencia el 10 de agosto 2022.
8	Coordinar las necesidades para la construcción de un plan de medios, articulando las diferentes áreas y las necesidades de divulgación, además del estudio de mercado realizado de manera previa.	Un plan de medios contratado y ejecutado	10	Para la vigencia del 2022 se evidencia el contrato 062 de 2022 donde se establece el plan de medio con la entidad One estrategia, comunicación y logísticas. Con fecha de inicio el 14 de enero 2022, fecha finalización 30 de mayo 2022. Con un plan contratado de \$55.999.600, el cual se ejecutó en su totalidad. Dentro del plan se establece medios contratados para publicaciones a través de medios de internet, redes sociales y radio.
9	Seguimiento a los mensajes enviados de acuerdo a la participación de la población en los diferentes programas y servicios.	seguimientos anuales	10	Para la vigencia del 2022 se desarrollaron 7 seguimientos a los mensajes transmitidos por la población sobre la entidad, los cuales se desarrollaron los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre, noviembre y diciembre del 2022.


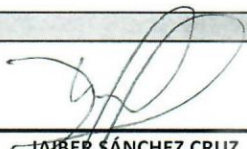
10	Desarrollo de actividades, campañas educativas, brigadas de salud y acompañamiento a eventos de manera intra y extramural	actividades, campañas o brigadas desarrolladas al mes	10	Para la vigencia del 2022 se desarrollaron 136 actividades en la entidad. En el mes de enero 11 actividades, febrero 12 actividades, marzo 9 actividades, abril 20 actividades, mayo 12 actividades, junio 9 actividades, julio 10 actividades, agosto 12 actividades, en los meses septiembre, octubre y noviembre cada uno con 9 actividades y diciembre con 14 actividades.
11	construir boletines de prensa para medios internos y externos	boletines enviados y publicados	10	Para la vigencia del 2022 fueron enviados 136 boletines los cuales se publicaron en su totalidad.
12	A través de la recopilación y construcción de notas e interés, diagramar y divulgar el boletín institucional	Boletín EnterESE	10	Para la vigencia 2022 se realizaron 4 boletines EntérEse, en el mes de marzo, agosto, noviembre y diciembre.
13	Recopilar Información para actualizar la página web	Actualización de información	10	Para la vigencia del 2022 se actualizaron 136 noticias en la página de la entidad.
14	Recopilar información para actualizar la página Intranet	Actualización de información	10	Para la vigencia del 2022, se actualizó la información de la página de la intranet al 100%. Con un total de 96 actualizaciones.
15	Recopilar información y realizar impresión para visitas y actualizaciones de carteleros en los centros de salud	Actualización de información	10	Para la vigencia 2022, se actualizaron las diferentes carteleros emitidos por comunicaciones.
16	Recopilar información para la actualización de carteleros digitales en los centros de salud	Actualización de información	10	Para la vigencia del 2022, el área de comunicación actualizó las diferentes carteleros digitales en los centros de salud de la entidad, los cuales se actualizaron las sede de canaimma, eduardo santos, IPC, Granjas y Palmas que se encuentran en funcionamiento.
	Generar información	Actualización de información (Banners, videos, imágenes, información escrita, transmisiones eventos en vivo)		Para la vigencia del 2022 se actualizaron en el Fan-Page 628 información de la entidad.


17	General 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)	9	Para la vigencia del 2022, se realizaron 210 actualizaciones en el perfil de twitter.
		Actualización de información (Banners, imágenes, videos)		Para la vigencia del 2022, se realizaron 176 actualizaciones en la red social de Instagram.
		Actualización de contenidos audiovisuales		Para la vigencia 2022, se actualizaron 21 actualizaciones en el canal de Youtube de la entidad.
18	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	En el 2022, se realiza socialización el 24 de marzo del 2022 sobre la rendición de cuentas de la vigencia 2021, el cual se encuentra cargado en la página web de la entidad.
19	Recopilar información sobre los servicios ofertados al interior de las diferentes sedes y centros de salud de la entidad para la construcción de un portafolio	Portafolio digital	10	Se evidencia portafolio de servicio digital cargado en la página web de la entidad
20	Actualizar la información presente el link de transparencia y acceso a la información pública correspondiente a los enlaces de: -Mecanismos de contacto -Información de interés -Estructura orgánica y de talento humano -Accesibilidad en Web -Transparencia Covid -19 De tal forma que las visitas a este espacio sean agradables y la información esté detallada, vigente y	Enlaces de link actualizados	10	Se encuentra actualizada la información del botón de transparencia de la página web de la entidad.
21	Establecer una propuesta valor para la entidad soportada en la cultura organizacional, infraestructura, manejo seguro y eficiente de los sistemas de información y las comunicaciones y atención preferencial y de calidad.	Documento de propuesta formulada y difundida	10	Para la vigencia del 2022 se establece la propuesta "Hospitales verdes", la cual se ejecutara en el centro de salud canaima, la cual fue socializada a gerencia el 10 de agosto 2022.

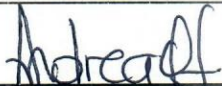

22	Establecer una herramienta activa de comunicación (grupo de chat) para coordinar actividades, enviar información e interactuar con los líderes comunitarios.	Herramienta de comunicaciones	10	Se estableció un grupo chat con los líderes, donde se establecen reuniones mensuales para socializar diferentes temáticas con la comunidad.
TOTAL EN PUNTAJE			219	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			99,5%	
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 la calificación final, donde todos sus compromisos están en el 99,5% de cumplimiento de sus actividades.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Se recomienda realizar oportunamente las publicaciones en los diferentes canales de comunicación y ser consecuente con la publicación de en página web institucional.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: ANDREA QUINTERO SALGUERO Auditor		Nombre: JAIBER SANCHEZ CRUZ Lider de Control Interno		


		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		CONTRATACIÓN		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		*Buscar mejora continua en el proceso de contratación de la ESE Carmen Emilia Ospina		
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	Cargar a tiempo los documentos requeridos en la plataforma como SIA OBSERVA Y SECOP	Numero de contratos suscritos/numero de contratos reportados	10	Durante la vigencia 2022, en la plataforma SECOP I se publicaron 653 procesos y en SECOP II 740. En la plataforma SIA OBSERVA se rindieron 1384 procesos de contratación teniendo en cuenta que 9 fueron anulados.
2	Realizar la trazabilidad detallada y consolidada de los documentos requeridos para la contratación	Número de contratos suscritos/numero de contratos revisados	9,96	Según información reportada en el SIA OBSERVA, se encuentran en un 99,6% de cumplimiento en la rendición de los contratos de la vigencia 2022.
3	Fortalecer los estudios de mercadeo	cotizaciones	10	Los procesos de contratación de adquisición de bienes y servicios cuentan con las respectivas cotizaciones y estudios de mercado.
4	Actualización del manual de contratación	Manual de contratación	10	El 28 de Julio de 2022, se aprobó por Junta Directiva de la ESE CEO el Estatuto de Contratación el cual se formalizó mediante resolución 468 del 28 de Noviembre de 2022.
TOTAL EN PUNTAJE			39,96	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			100%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de CONTRATACIÓN , Se ubica en un rango de evaluación OPTIMA , debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 100% cumpliendo en su totalidad con las actividades				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				

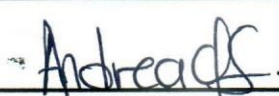
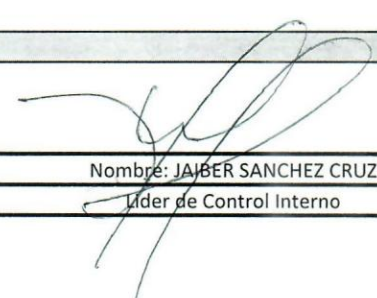
Continuar con los procesos de cargue de la información en los términos establecidos en la ley en las plataformas de SECOP y SIA OBSERVA.
Solicitar cotizaciones para todos los procesos de adquisición de bienes y servicios.
Revisar la contratación trimestralmente y elevar informe.
Capacitar a los supervisores en el manejo del SECOP; para el cumplimiento de sus funciones dentro del rol de la Contratación.


9. FIRMA:	
	
JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO	JAIKER SÁNCHEZ CRUZ
Auditor	Líder de Control Interno

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		CONTROL INTERNO		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Fortalecimiento de la 1 y 2 linea de defensa para el mantenimiento efectivo de los controles internos, como lo dispone la séptima dimensión del MIPG.</p> <p>*Medir la eficiencia de los procesos de la oficina de Control Interno en busca de cumplimiento de 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	Ejecutar el 90% de las capacitaciones o boletines programados en el plan de acción de la OCI, aprobado por el comité Institucional de Control Interno.	Numero de capacitaciones o boletines realizados/Número de capacitaciones o boletines programados en el mes	10	Para la vigencia del 2022, se establece cronograma bimensual de capacitaciones de autocontrol, el cual fue aprobado el 22 de enero del 2022 por el comité institucional de Control Interno. Se programaron 6 capacitaciones y se desarrollaron en su totalidad, Los líderes fueron capacitados en los siguientes temas: Sistema de Control interno y autocontrol. Por una cultura de autocontrol. Riesgo disciplinario. Comunicación asertiva. Código de integridad del servidor público. Ciclo PHVA.
2	Ejecutar el 90% del programa anual de Auditoria aprobado para cada vigencia, incluyendo las auditorias especiales.	Número de auditorias realizadas/Número de auditorias programadas en el mes.	10	Se evidencian 8 auditorias programadas en el plan anual de auditoria para la vigencia del 2022, el cual fue aprobado el 24 de enero 2022 por el comité institucional de control interno. Se desarrollaron 8, Para el mes de febrero se programó una Auditoria de Rendición de cuentas y de Vacunación Covid. En el mes de marzo se programó Auditoria de Costos y Auditoria al subproceso de contratación. En el mes de abril se programó Auditoria facturación. En el mes de Junio se programó Auditoria de Contratos por agremiación y la segunda de Subproceso de Contabilidad. En el mes de Julio se programó Auditoria Sigep I. Las cuales se desarrollaron en su totalidad.

3	Ejecutar el 100% de los informes de ley que presenta a OCI, con oportunidad, eficacia y pertinencia.	Número de informes de ley presentados y publicados/Número de informes de ley programados en el mes conforme a la normatividad vigente.	10	Para la vigencia del 2022 dentro del plan de acción anual se programaron 9 informe de ley conforme a la normatividad vigente, de los cuales todos fueron presentados y publicados en la página web de la entidad y en las plataformas de las entidades competentes.
4	Realizar seguimiento al 90% de los planes de mejoramiento suscritos, tanto internos como externos.	Numero de seguimientos realizados/Número de seguimientos programados en el mes.	10	Para la vigencia del 2022 se planearon 17 seguimientos dentro del plan de acción, de los cuales se desarrollaron en su totalidad.
TOTAL EN PUNTAJE			40	
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 area de CONTROL INTERNO, se ubica en un rango de evaluacion 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:				
* Continuar con la buena gestion para el cumplimiento de las actividades plasmada en el plan de accion de la vigencia 2023				
* Fortalecer las acciones para la ejecución de los controles existentes definidos en los riesgos				
 Nombre: ANDREA QUINTERO SALGUERO Auditor			 JAIBER SÁNCHEZ CRUZ Líder de Control Interno	

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUCION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		DEFENSA JURÍDICA		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<ul style="list-style-type: none"> *Garantizar la defensa judicial oportuna *Reducir anualmente el numero de demandas que ingresan contra la entidad, relativas a derechos laborales. *Reducir anualmente el numero de demandas que ingresan contra la entidad, relativas a la prestación del servicio médico *Fortalecer los procedimientos contractuales de la entidad para prevenir el daño antijurídico *Establecer directrices juridicas preventivas, frente al tema contractual y del talento humano, encaminadas a evitar el daño antijurídico de la entidad *Creaciones institucionales de la oficina juridica y de la contratación de la Carmen Emilia Ospina *Fortalecer la estructura operativa del área de defensa judicial con ocasión del Covid - 19 		
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	Durante el año 2022 se interpusieron 76 acciones de tutela contra la ESE CEO, todas respondidas dentro del término conferido
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	Durante el año 2022 se presentaron 746 derechos de petición a la ESE CEO, todos contestados dentro de la oportunidad legal
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	A 31 de diciembre de 2022 existen 124 demandas contra la ESE CEO y 6 demandas iniciadas por la entidad, para un total de 130 procesos judiciales, los cuales son tramitados dentro de los términos establecidos. De esos 124 procesos, en el año 2022 fueron admitidos 41
4	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	N/D	10	Durante la vigencia 2022, se suscribieron contratos por agremiación para el personal asistencial y parte administrativa.

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	El comité de Conciliación y Defensa Judicial en el año 2021 sugirió a la Alta Gerencia tener en cuenta la vinculación del personal asistencial y parte administrativa a través de agremiación sindical el cual fue acatado y a la fecha se está contratando bajo ésta modalidad.
6	Reducir el numero de eventuales demandas que se puedan presentar frente a la entidad por nulidad y restablecimiento del derecho	N/D	10	Durante la vigencia 2022, se suscribieron contratos por agremiación para el personal asistencial y parte administrativa.
7	Reducir el numero de eventuales demandas que se puedan presentar frente a la entidad por nulidad y restablecimiento del derecho	N/D	10	Durante la vigencia 2022, se suscribieron contratos por agremiación para el personal asistencial y parte administrativa.
8	Lograr la Institucionalidad y fijación de lineamientos de las instancias encargadas de la contratación y la defensa jurídica de la entidad	N/D	10	El 28 de Julio de 2022, se aprobó por Junta Directiva de la ESE CEO el Estatuto de Contratación el cual se formalizó mediante resolución 468 del 28 de Noviembre de 2022.
9	Lograr la consecución e implementación de una infraestructura	N/D	10	Para el segundo semestre del año 2022 se logró contratar con la empresa LEGIS OFICE un software jurídico para el área de defensa judicial; el cual se encuentra en etapa de implementación.
TOTAL EN PUNTAJE			90	
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 grado cumplimiento del área de Defensa Judicial, se ubica en un rango de cumplimiento OPTIMA ; teniendo en cuenta que sus evidencias comprueban el grado de compromiso en la ejecución de las metas del área.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Continuar implementando las acciones que permiten el cumplimiento optimo de la oficina. Implementar el 100% del Software adquirido para la oficina, con el fin de optimizar los procesos jurídicos.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: ANDREA QUINTERO SALGUERO		Nombre: JAIBER SANCHEZ CRUZ		
Auditor		Lider de Control Interno		

		FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
		EVALUACIÓN DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
				VIGENCIA	28/01/2021
				PAGINA 1 DE 1	
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2022			
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		FINANCIERA			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		*Gestionar la cartera. *Optimizar el proceso de facturación. *Fortalecer el proceso de comunicaciones de los resultados y análisis de costos hospitalarios a la gerencia y los lideres de procesos. *Mantener la estabilidad presupuestal de la ESE CEO. *Coadyudar en el fortalecimiento del flujo de recursos económicos, la calidad asistencial y la relación prestadora aseguradora.			
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 minimo el 95% de las conciliaciones programas con EPS.S	(Número de conciliaciones realizadas/Conciliaciones programadas)*100	10	Durante la vigencia se programaron 120 conciliaciones y se ejecutaron 162.	
2	Mantener el porcentaje de glosas de cartera por debajo del 6%	(Valor glosa efectiva del periodo/Total facturado en el periodo)*100	10	Para vigencia fiscal 2022 se cerró el indicador de porcentaje de glosas de cartera en 2,75%; razón por la cual se cumplió a cabalidad el indicador.	
3	Mantener meta de recaudo de cartera máximo a 140 días	Venta servicios a crédito/Saldo promedio cuentas por cobrar	10	Durante la vigencia fiscal se cerró la ejecución de cartera a 128 días; cumpliendo a cabalidad el indicador.	
4	Ejecutar la liquidación de contratos de prestación de servicios de salud suscritos con las diferentes Entidades responsables del pago de servicios (EPS), mínimo al 60%	(Número de contratos liquidados/Total de contratos terminados en el periodo)*100	9	Durante la vigencia 2022, se terminaron 14 contratos de los cuales 6 se liquidaron, 5 quedaron proyectadas las liquidaciones sin embargo la empresa COMFAMILIAR DEL HUILA; entró en liquidación y el proceso quedó pendiente.	
5	Garantizar el cierre del 100% de los ingresos generados en la zona urbana y rural después de prestado el servicio de salud, exceptuando los pacientes internados y pendientes de lectura de paraclínicos entre otros.	1. (Número de Ingresos facturados/ Número de ingreso abiertos y efectivamente atendidos)*100	10	Numero de ingresos pendientes por cerrar a 31 de diciembre de 2022: 441corresponde a ingresos de pacientes hospitalizados, en observacion, urgencias de EPS SANITAS Y TOLIHUILA por que las EPS habian solicitado que la radicacion e las factueas diciembre por cierre financiero fuera antes del 20 y las atenciones despues del 20 de diciembre fueran con fecha 2023.	

6	Generar un documento de análisis de costos hospitalarios cada mes	(Número de informes entregados/Número de informes programados)	10	Durante la vigencia 2022 se generaron 12 informes de costos correspondiente a uno mensual.
7	Consolidar y mantener el equilibrio presupuestal entre el ingreso y el gasto	Análisis de ingresos y gastos mensual/cantidad de informes programados	10	En la formula de ingresos / gastos el indicador arroja un porcentaje del 0.96%, cumpliendo a cabalidad el indicador.
8	Dar respuesta al 100% de las objeciones en los términos normativos	Total de objeciones contestadas en el periodo /Total de objeciones recibidas	10	Del total de 22.613 glosas recibidas, se contestaron 22.611 correspondiendo a un 99%; cumpliendo a cabalidad el indicador.
TOTAL EN PUNTAJE			79	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			99%	



7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado cumplimiento del área FINANCIERA , se ubica en un rango de cumplimiento **OPTIMA**, teniendo en cuenta que obtuvo una calificación del 99%.


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

Revisar el indicador de liquidación de contratos.


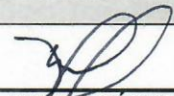
Establecer estrategias, para poder minimizar y evaluar las causas que generan las glosas, para el cumplimiento del compromiso del indicador, establecido en el plan de acción.

9. FIRMA:

	
JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO	JAIBER SÁNCHEZ CRUZ
Auditor	Asesor de Control Interno

		FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
		EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA		VERSION	1
				VIGENCIA	28/01/2021
PAGINA 1 DE 1					
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2022			
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		GESTIÓN AMBIENTAL			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			<p>* Fortalecer la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares de la ESE CEO para la disminución de impacto a los factores ambientales.</p> <p>*Fomentar una cultura ambiental en la ESE Carmen Emilia Ospina.</p> <p>*Cumplir con los estándares normativos en competencia del área ambiental.</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	Mantener actualizado el PGIRASA	Anualmente	10	El Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la atención de Salud y otras actividades se actualizó el 28 de marzo de 2022, y el 29 de diciembre de 2022, versión 16.	
2	Cumplir con el 100% de las inspecciones programadas, sobre manejo y recolección de residuos hospitalarios, sobre la separación, segregación y depósito de residuos.	No. de inspecciones ejecutadas mes/Total de inspecciones programadas *100	10	Se programaron 34 inspecciones y se ejecutaron 36.	
3	Incinerar el 60% de los residuos peligrosos del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos incinerados en kg.mes/Cantidad de residuos totales generados en kg mes*100	10	El porcentaje de incineración de residuos peligrosos durante la vigencia 2022 corresponde al 57,16%, la meta del plan de desarrollo está mal concebida, debe interpretarse que debe ser menos del 60%, es decir que se cumplió en su totalidad.	
4	Disponer el 20% de los residuos ordinarios e inertes al relleno sanitario del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos ordinarios en kg.mes/Cantidad de residuos totales generados en kg mes*100	10	El porcentaje de disposición de residuos ordinarios durante la vigencia 2022 corresponde al 19,03%, la meta del plan de desarrollo está mal concebida, debe interpretarse que debe ser menos del 20%, es decir que se cumplió en su totalidad.	

5	Aprovechar el 20 % de los residuos reciclables del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos reciclables en kg.mes/Cantidad des residuos totales generados en kg mes*100	10	El porcentaje de aprovechamiento de residuos reciclables durante la vigencia 2022 corresponde al 23,75%, la meta del plan de desarrollo está mal concebida, debe interpretarse que debe ser al menos del 20%, es decir que se cumplió en su totalidad.
6	Satisfacer las necesidades de las canecas	No. de canecas cambiadas/No. De canecas dañadas *100	10	Durante la vigencia 2022 se adquirieron 259 canecas, dentro de las cuales se reemplazaron 5 canecas rojas por deterioro; las demás se cambiaron teniendo en cuenta el nuevo código de colores.
7	Cumplir con el 100% de las capacitaciones programadas al cliente interno y externo	No. de capacitaciones ejecutadas mes /Total de capacitaciones programadas *100	10	Durante la vigencia 2022, se programaron 9 capacitaciones y se desarrollaron 12 capacitaciones, incluidas en el Plan Anual de Capacitaciones.
8	Cumplir con el 100% de las capacitaciones programadas sobre sensibilización del medio ambiente	No. de campañas realizadas/No. De campañas programadas *100	10	Durante la vigencia 2022, se programaron 5 campañas y se desarrollaron 6. Cada gota cuenta día mundial del agua, mi consumo es responsable, en modo recicle, dejame OFF, separo mis residuos, Opitan 2022, realizada por la Cam.
9	Ahorrar en 5% el consumo de agua y energía	Consumo del año actual-consumo del año anterior	10	Durante la vigencia 2022, el indice de ahorro de agua corresponde al 8% y el de consumo de energía del 7,9%
10	Cumplir al 100% con las jornadas lúdicas ambientales programadas	No. de jornadas realizadas/No. De jornadas programadas *100	10	Se programaron 2 y se cumplieron las 2; Muevete diferente utiliza la Bici, Reciclar es Divertido.
11	Programar y ejecutar el comité GAGAS	Bimensual	6,7	Durante la vigencia se desarrollaron 4 comités de los 6 programados
12	Darle cumplimiento a los ciclos programadas de control de vectores	No. de ciclos ejecutados/No. de ciclos programados *100	10	Primer ciclo del 22 de marzo al 6 de abril, segundo ciclo del 01 de junio al 13 de junio de 2022, tercer ciclo del 05 de septiembre al 13 de septiembre de 2022 y el cuarto ciclo del 7 al 15 de diciembre de 2022; contrato 324 celebrado con KRYSTAL KLEAR FUMIGACIONES.

13	Darle cumplimiento a los ciclos programadas de limpieza y desinfecciones de los tanques.	No. de ciclos ejecutados/No. de ciclos programados *100	10	Primer ciclo del 22 de marzo al 6 de abril, segundo ciclo del 01 de junio al 13 de junio de 2022, tercer ciclo del 05 de septiembre al 13 de septiembre de 2022 y el cuarto ciclo del 7 al 15 de diciembre de 2022; contrato 325 celebrado con KRYSTAL KLEAR FUMIGACIONES.
14	Realizar el mantenimiento a las zonas verdes	No. de mantenimientos ejecutados/No. De mantenimiento programados x 100	10	Durante la vigencia se programaron 10 y se desarrollaron 10
15	Gestionar recursos para el plan piloto en el 2024	Avance anual del plan piloto	10	Se presentó al FENOGE, junto con la oficina de internacionalización de la Alcaldía Municipal de Neiva, la postulación a la convocatoria del proyecto de energías renovables para la sede administrativa de canaima.
16	Gestionar paulatinamente los recursos y diseños del sistema de tratamiento de agua residual en las sedes Canaima, Ipc y palmas para el 2024	avance anual	10	Durante la vigencia 2022, se celebró el contrato
17	Entregar al 100% el reporte de los residuos hospitalarios generados a la CAM	Anualmente	10	Durante la vigencia 2022, se realizaron 2 reportes en el mes de enero y julio.
18	Entregar al 100% el reporte de los residuos hospitalarios peligrosos generados al IDEAM	Anualmente	10	Durante la vigencia 2022 se entregó el informe en el mes de marzo.
19	Dar cumplimiento al 100% con la entrega de los RH1 a la Secretaría de Salud Municipal	Semestral	10	Durante la vigencia 2022, se realizaron 2 reportes en el mes de enero y julio.
TOTAL EN PUNTAJE			186,7	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			98%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: 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 98% de cumplimiento de sus actividades.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Se recomienda realizar oportunamente los comites GAGAS.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO Auditor		Nombre: JAI BER SÁNCHEZ CRUZ Lider de Control Interno		



FORMATO

CODIGO

CI-S1-F14

EVALUACIÓN DE GESTION POR DEPENDENCIA

VERSION

1

VIGENCIA

28/01/2021

PAGINA 1 DE 1



1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		MANTENIMIENTO		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		Optimizar el Plan de Mantenimiento Hospitalario de la ESE Carmen Emilia Ospina		
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	4 Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona urbana	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se celebraron 4 contratos con la empresa SP CONSTRUMEDIC SAS; la empresa presta el servicio a través de dos ingenieros, un ingeniero biomédico y uno electrónico; contrato 2505 de 2021, inicio el 27 de diciembre de 2021 y finalizó el 28 de febrero de 2022; contrato 303 de 2022, del 01 de marzo de 2022, con dos otro si que finalizó el 30 de septiembre de 2022; contrato 836 de 2022, 01 de octubre de 2022 con otro si y terminó el 30 de noviembre de 2022; el 1350 de 2022, inicio el 06 de diciembre de 2022 y finaliza el 28 de febrero de 2023.
2	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona rural	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se celebraron 4 contratos con la empresa SP CONSTRUMEDIC SAS; la empresa presta el servicio a través de dos ingenieros, un ingeniero biomédico y uno electrónico; contrato 2505 de 2021, inicio el 27 de diciembre de 2021 y finalizó el 28 de febrero de 2022; contrato 303 de 2022, del 01 de marzo de 2022, con dos otro si que finalizó el 30 de septiembre de 2022; contrato 836 de 2022, 01 de octubre de 2022 con otro si y terminó el 30 de noviembre de 2022; el 1350 de 2022, inicio el 06 de diciembre de 2022 y finaliza el 28 de febrero de 2023.
3	4Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos odontológicos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	7,5	Se celebraron 5 contratos; el primero 2498 de 2021 con la empresa INVERSIONES SALAS Y SUCESORES LTDA; inicio el 16 de diciembre de 2021 y finalizó el 28 de febrero de 2022; el segundo 329 de 2022; con la empresa ENERGIA VITAL; inicio el 15 de marzo de 2022, con otro si y finalizó el 31 de julio de 2022; contrato 797 de 2022, inicio el 25 de agosto de 2022 con otro si y finalizó el 31 de octubre de 2022; 1175 de 2022, inicio el 17 de noviembre de 2022 y finalizó el 30 de noviembre de 2022; contrato 1355 de 2022, inicio el 12 de diciembre de 2022 y finaliza el 28 de febrero de 2023. Se hicieron solamente 3 mantenimientos.
4	2 Mtos semestral preventivo y correctivo refrigeradores horizontales /vacunación	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	8	Se celebraron otro si 2 al contrato 303 del 2022; inicio el 15 de julio de 2022 y se termino el 30 de septiembre de 2022 y contrato 1350 de 2022, se inició el 6 de diciembre de 2022 y finaliza el 28 de febrero de 2023.

5	6 Mtos bimestrales preventivo neveras convencionales, purificadores y dispensadores de agua	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se celebraron 3 contratos con la empresa JD AIRES INGENIERÍA SAS; primer contrato 02437 del 2021, inicio 9 de diciembre de 2021 hasta el 28 de febrero de 2022; segundo contrato 0318 de 2022, inició el 7 de marzo al 30 de noviembre de 2022; tercer contrato 1374 de 2022, inició 19 de diciembre al 28 de febrero de 2023. Los mantenimientos se realizaron en enero, marzo, mayo, julio, septiembre, diciembre.
6	1 Mto mensual de plantas electricas	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	12	Se celebraron 3 contratos, el primero 02502 de 2021 con la empresa GYG ENERGY SAS; inició el 21 de diciembre de 2021 al 28 de febrero de 2022, el segundo contrato con la empresa SOINSER COLOMBIA SAS; 333 de 2022, inició el 01 de abril de 2022, finalizó el 31 de agosto de 2022; el tercer contrato 939 de 2022, inició el 01 de noviembre de 2022, finalizó el 30 de noviembre de 2022; los meses marzo, septiembre, octubre y diciembre fue cubierto el mantenimiento por el Contratista Rigorberto Manzano, según contratos 0249 de 2022, 0679 de 2022 y el 1329 de 2022.
7	1 Mto anual preventivo y correctivo a muebles y enseres y elaboración.	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 0796 de 2022; celebrado con TALLER DE CARPINTERIA LOS CEDROS; inició el 16 de agosto de 2022, finalizó el 30 de noviembre de 2022.
8	6 Mtos bimestrales preventivo y correctivo de los aires acondicionados	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100		Se celebraron 3 contratos con la empresa JD AIRES INGENIERÍA SAS; primer contrato 02437 del 2021, inicio 9 de diciembre de 2021 hasta el 28 de febrero de 2022; segundo contrato 0318 de 2022, inició el 7 de marzo al 30 de noviembre de 2022; tercer contrato 1374 de 2022, inició 19 de diciembre al 28 de febrero de 2023. Los mantenimientos se realizaron en enero, marzo, mayo, julio, septiembre, diciembre.
9	4 Mtos trimestral lavado de tanques de agua aéreos y subterranos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Primer ciclo del 22 de marzo al 6 de abril, segundo ciclo del 01 de junio al 13 de junio de 2022, tercer ciclo del 05 de septiembre al 13 de septiembre de 2022 y el cuarto ciclo del 7 al 15 de diciembre de 2022; contrato 325 celebrado con KRYSTAL KLEAR FUMIGACIONES.
10	4 Mtos trimestral preventivo de radioteléfonos, bases, móviles y portátiles	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	8	Se celebró el contrato 323 de 2022, con la empresa CENTRO DE COMUNICACIONES SAS, inició el 11 de marzo de 2022, al 31 de agosto de 2022. Se realizaron 3 mantenimientos, en mayo, junio y agosto.
11	4 Mtos trimestral para optimizar la fumigación	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Primer ciclo del 22 de marzo al 6 de abril, segundo ciclo del 01 de junio al 13 de junio de 2022, tercer ciclo del 05 de septiembre al 13 de septiembre de 2022 y el cuarto ciclo del 7 al 15 de diciembre de 2022; contrato 324 celebrado con KRYSTAL KLEAR FUMIGACIONES.

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

- * Se recomienda seguir cumpliendo oportunamente el plan anual de mantenimiento hospitalario.
- * Ajustar algunos indicadores teniendo en cuenta que como están establecidos no es viable el cumplimiento.
- * No permitir la disminución de los recursos destinados al mantenimiento, planear la contratación de acuerdo al cumplimiento de los indicadores.

9. FIRMA:

	
JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO Auditor	JAVIER SÁNCHEZ CRUZ Asesor de Control Interno

12	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de vehículos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se celebraron 4 contratos con la empresa AUTOS Y CAMIONES DC; contrato 02440 de 2021 inició el 3 de diciembre al 31 de enero de 2022, contrato 027 de 2022 inició el 01 de febrero de 2022 al 31 de agosto de 2022, el 802 de 2022, inició el 25 de septiembre de 2022 al 30 de noviembre de 2022, el 1361 del 2022 inició el 14 de diciembre y finaliza el 28 de febrero de 2023.
13	1 mantenimiento mensual a Jardines	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	8	Según la programación de contratación se garantizan 10 mantenimientos de jardines; contrato 326 celebrado con KRYSTAL KLEAR FUMIGACIONES.
14	2 Mtos semestral correctivos de la infraestructura de las sedes urbanas	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se garantizaron los dos mantenimientos semestrales con la contratación de 4 oficiales de obra, 3 auxiliares de obra y uno de servicios generales; adicionalmente se contrata el suministro de elementos de ferretería mediante contrato 44 de 2022, inició el 3 de febrero de 2022 y finalizó el 31 de diciembre de 2022, por valor de \$255.000.000; contrato 347 de 2022, celebrado con SUMICONT SAS inició el 22 de marzo de 2022 al 05 de junio de 2022, por valor de \$30.000.000 contrato 651 de 2022 inició el 13 de junio al 30 de septiembre de 2022 por un valor de \$50.000.000
15	1 Mto anual preventivo de la infraestructura de las sedes rurales	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se garantizaron los dos mantenimientos semestrales con la contratación de 4 oficiales de obra, 3 auxiliares de obra y uno de servicios generales; adicionalmente se contrata el suministro de elementos de ferretería mediante contrato 44 de 2022, inició el 3 de febrero de 2022 y finalizó el 31 de diciembre de 2022, por valor de \$255.000.000; contrato 347 de 2022, celebrado con SUMICONT SAS inició el 22 de marzo de 2022 al 05 de junio de 2022, por valor de \$30.000.000 contrato 651 de 2022 inició el 13 de junio al 30 de septiembre de 2022 por un valor de \$50.000.000. Adicionalmente se contrato el mantenimiento de la infraestructura de la sede de Fortalecillas , mediante contratos 055 de 2022 con la empresa CONTRUCCIONES CIMEL SAS por un valor \$192.987.778, mantenimiento de la infraestructura de la sede de San Luis, contrato 0653 de 2022, contratato con EDWIN MAURICIO ROJAS ALARCON; por un valor de \$199.207.383.
16	1 Mto anual, de recarga de extintores.	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se realizó en el mes de Junio de 2022, mediante contrato 564 de 2022, inició el 02 de junio de 2022 y finalizó el 01 e agosto de 2022.
TOTAL EN PUNTAJE			143,5	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			90%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de **MANTENIMIENTO**, se ubica en el rango de evaluación **ADECUADA**, debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 90%.


		FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
		EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA		VERSION	1
				VIGENCIA	28/01/2021
				PAGINA 1 DE 1	
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2022			
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA (PLANEACIÓN)			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Apoyar a la gerencia en el seguimiento de los procesos para el crecimiento mejoramiento de la institución.</p> <p>*Realizar seguimiento a las metas de los indicadores de gestión por procesos y formular los planes de mejora por lo no cumplimientos.</p> <p>*Mediante el plan Bienal inscribir los proyectos de inversión que se van a ejecutar en las vigencias determinada por la reglamentación. En articulación con el ente territorial.</p> <p>*Implementación del modelo integral de planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>*Apoyar en la consolidación y elaboración del plan estratégico de gestión (indicadores plan de desarrollo).</p> <p>*Apoyar en la consolidación y elaboración del plan de acción de la institución.</p> <p>*Seguimiento del plan estratégico (Indicadores plan de desarrollo) y plan de acción de la Institución.</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 RESULTADOS	DEL
1	Apoyar en la elaboración plan de desarrollo, realizar seguimiento monitorización y evaluación	Actas de seguimiento al Plan de Desarrollo	10	Durante la vigencia 2022, la oficina de planeación realizó los respectivos seguimientos mensuales al plan de desarrollo.	
2	Plataforma estratégica	Plataforma estratégica	10	<p>Durante la vigencia 2022, apoyo en la actualización de la Plataforma estratégica de la entidad.</p> <p>El área de Planeación realizó actualización de todos los componentes de la Plataforma estratégica: Procesos, Procedimientos, Formatos y Documentos de apoyo.</p> <p>Durante la vigencia 2022 se realizaron las siguientes actualizaciones: GE-S1-P6-V3 Procedimiento Gestión de Toma de decisiones</p>	


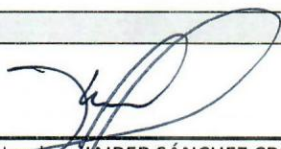
3	Plan de desarrollo y el plan de acción aprobado	Documento aprobado	10	Documento aprobado por Junta Directiva para el Periodo 2021-2024
4	Un plan anticorrupción	El plan anticorrupción 2020	10	Durante la vigencia 2022, la oficina de planeación formuló y realizó seguimiento al plan anticorrupción.
5	Una Matriz de riesgos	Mapa de riesgos 2020	10	Durante la vigencia 2022, la oficina de planeación formuló y realizó seguimiento a la matriz de riesgos de la Entidad.
6	Matriz de transparencia	Reporte de ITA 2020	10	Durante la vigencia 2022, la oficina de planeación lideró el reporte de la Matriz ITA, cumpliendo el 100% del reporte a corte 30 de Septiembre de 2022.
7	N/A	Reporte mensual de la matriz SUIT	10	Durante la vigencia 2022, la oficina de planeación lideró el reporte de la Matriz ITA, cumpliendo el 100% del reporte a corte 30 de Septiembre de 2022.
8	N/A	Reporte de formulario "Datos generales"	10	El área de planeación realiza la actualización del formulario de datos generales, este reporte es trimestral y se hace oportunamente en coordinación con la gestora contable de la entidad quien realiza la respectiva validación y aprobación.
9	N/A	Formato:F12-Proyectos de inversión. F28-Relacion de informes(el correspondiente a planeación)	10	Este reporte se realiza de manera anual cada 28 de febrero en la Plataforma SIA-MISIONAL de la Contraloría. El cual se realizó oportunamente con un cumplimiento del 100% para la vigencia 2022 en los Formatos F12 y F28.


10	Matriz de normograma	Normograma 2020	10	La Matriz del Normograma Institucional ajustada al nuevo mapa de procesos de la entidad fue enviada a cada líder mensualmente para su revisión y actualización, posteriormente es enviado al área Jurídica quienes revisaron la vigencia del 100% de las normas, y su posterior publicación en el Mapa de procesos. Actualmente el normograma en el área de Planeación se encuentra actualizado según los requerimientos que realizó la oficina de control interno de gestión.
11	Un presupuesto PPSS	Presupuesto PPSS 2020	10	Se realiza la programación de la PPSS vigencia 2022 y seguimiento PPSS 2021 de manera participativa con las áreas: Técnico Científica, Defensa Judicial, SIAU, Talento Humano y Comunicaciones y el cargue oportuno en la plataforma PISIS.
12	Un proyecto articulado para lograr su gestión	Se ha realizado la gestión con secretaria de salud Municipal los ajustes a la infraestructura para poner en funcionamiento 2° fase y pendiente de los requerimientos que hayan en el actual gobierno y poder dar cumplimiento de esta actividad.	10	En articulación con la Secretaria de Salud Municipal y el Jefe de Infraestructura se realiza la actualización en la plataforma del plan bienal de cada uno de los proyectos inscritos en el mismo. Con un 100% de cumplimiento en este indicador. En el mes de Junio se inscribió en la Plataforma de Plan Bienal el Proyecto: APOYO PARA EL TRANSPORTE ASISTENCIAL DE PACIENTES EN NEIVA, HUILA: El cual tiene por objetivo la dotación de una ambulancia para el corregimiento El Caguán. Este fue socializado por la Gerencia en el comité de Política Social del mes de julio y socializado con la alianza de usuarios de la entidad.
13	Un proyecto articulado para lograr su gestión en la construcción del centro de salud Aipecito.	Proyecto radicado en la secretaria de Salud Municipal para viabilidad y pendiente de los requerimientos que hayan en el actual gobierno y poder dar cumplimiento de esta actividad	10	Proyecto ejecutado y entregado al servicio el 06 de agosto de 2022.


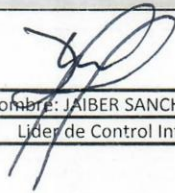
14	Un proyecto articulado para lograr su gestión de tercera fase del centro médico de Palmas.	Estudios y diseños elaborados con validación de capacidad instalada. Se ha realizado la gestión de recursos con la secretaria de Salud Municipal y pendiente de los requerimientos que hayan en el actual gobierno y poder dar cumplimiento de esta actividad.	10	Proyecto radicado en la Secretaría de Salud Municipal , pendiente de viabilidad técnica.
15	Formulación y gestión del proyecto de Equipo de Rayo sX Sede Canaima	N/A	10	Se ejecutó el proyecto de "COMPRA E INSTALACIÓN A TODO COSTO DE UN EQUIPO DE RX DIGITAL DIRECTO PARA SEDE CANAIMA DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA" por un valor de \$660.709.660. En la vigencia 2021, con un cumplimiento del 100% para esta estrategia.
16	Resolución de comité de gestión y desempeño	# comités ejecutados/# comités programados	8,7	Se desarrollaron 8 reuniones de las cuales se evidencian 7 actas.
17	Avance exitoso en MIPG		10	El área de Planeación con apoyo de la Oficina de Control Interno de Gestión adelantó de manera continua acciones para lograr avance exitoso en MIPG.
18	Resultado de la evaluación FURAG 2019	#autodiagnósticos a evaluados/#total de autodiagnósticos a evaluar	10	Se aplicaron la totalidad de autodiagnósticos.
19	N/A	#de capacitaciones realizadas/# de capacitaciones programadas x100	2	Se desarrolló una capacitación orientada por la Dra Martha Ome, Líder de MIPG en la Alcaldía de Neiva.
20	Plan estratégico de gestión(indicadores plan de desarrollo)	Documento/acta	10	El área de Planeación presto el apoyo necesario oportunamente en la consolidación y elaboración del plan de acción para la vigencia 2021-2024.
21	Plan de desarrollo de la institución	Documento/acta	10	El área de Planeación presto el apoyo necesario oportunamente en la consolidación y elaboración del plan de acción para la vigencia 2021-2024.


22	Elaboración informe trimestral	#de seguimientos realizados/#seguimientos programados	10	Se evidencia que durante la vigencia 2022, el cumplimiento de los cuatro seguimientos.
TOTAL EN PUNTAJE			210,7	
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 área de GESTIÓN GERENCIA Y ESTRATÉGICA, se ubica en un rango de evaluación OPTIMA , debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 96% cumpliendo sus actividades en su totalidad.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Se recomienda programar y desarrollar capacitación orientada al proceso de MIPG.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO		Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ		
Auditor		Líder de Control Interno		

		FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
		EVALUCION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
				VIGENCIA	28/01/2021
				PAGINA 1 DE 1	
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2022			
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		SALUD OCUPACIONAL			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		*Mantener actualizado el sistema de gestión de salud y seguridad del trabajo superior al 90%. *Actualizar los planes de emergencia de la ESE Carmen Emilia Ospina al 100%.			
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 cumplimiento a la actualización de la matriz IVR	Numero de revisiones programadas/numero de revisiones realizadas.	10	Se tiene establecido una revisión anual la cual se realizó el 19 de abril de 2022, se encuentra publicada en la página de web de la Institución.	
2	Dar cumplimiento a la actualización de la matriz legal	Numero de revisiones programadas/numero de revisiones realizadas.	10	Mensualmente se revisa la normatividad nueva y se actualiza en el normograma Institucional.	
3	Dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones	No. de capacitaciones programadas/No. De capacitaciones realizadas x 100	10	Se tenían programadas 15 capacitaciones de las cuales se realizaron todas.	
4	Dar cumplimiento a los programas SG-SST	No. de programas elaborados/No. De programas ejecutados x 100	10	Se tienen establecidos 7 programas, Biológico, Seguridad Vial, Desordenes Musculo Esquelético, Trabajo en Alturas, Cardiovascular, Riesgo Psicosocial y de Radiaciones Ionizantes, todos se ejecutaron al 100%	
5	Dar cumplimiento a una completa señalización	No. de inspecciones programadas/No. De inspecciones ejecutadas x 100	10	Se evidencia cumplimiento del 100% de las inspecciones a las sedes de Caguan, el Triunfo, Canaima, IPC; Bodega Canaima y Canaima nuevamente.	
6	Dar cumplimiento al seguimiento de los comites COPASS	No. de reuniones programadas/No. De reuniones ejecutadas x 100	10	Se evidencia que se programaron 12 reuniones de Comité COPASS; una mensual.	

7	Cumplir con las revisiones e inspecciones frente al uso de EPP	No. de inspecciones programadas/No. De inspecciones ejecutadas x 100	10	Se evidencia que se realizaron 12 inspecciones frente al uso de EPP; una mensual.
8	Obtener completa adherencia por parte del personal frente al autocuidado y autoprotección	No. de actividades programadas / No. De actividades ejecutadas x 100	10	Se programaron 4 actividades al año y se desarrollaron en su totalidad; pausas activas, jornada de masajes, rumbaterapia, cocina saludable, día de la bicicleta.
9	Cumplimiento a los planes hospitalarios de emergencia	No. PHE elaboradas/No. De PHE actualizados x 100	10	Se elaboraron 11 planes hospitalarios de emergencia correspondiente a 11 sedes habilitadas.
10	Dar cumplimiento al cronograma de formación y entrenamiento de brigadistas	No. de entrenamientos programados/No. De entrenamientos ejecutados	10	Se desarrollaron los tres entrenamientos programados correspondientes a primeros auxilios, evacuación y rescate, control de incendios, con un total de 22 brigadistas capacitados.
11	Dar cumplimiento al seguimiento de los comite de emergencias	No. de reuniones programadas/No. De reuniones ejecutadas x 100	10	Se programaron 4 reuniones de comité de emergencias y se desarrollaron la totalidad, más dos reuniones de carácter extraordinarias.
TOTAL EN PUNTAJE			110	
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 area de SALUD OCUPACIONAL , se ubica en un rango de evaluacion ADECUADA , 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 continuar desarrollando las actividades. Se recomienda actualizar la información en la página web de la Entidad.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: ANDREA QUINTERO SALGUERO			Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ	
Auditor			Líder de Control Interno	

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		SIAU		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Crea red de lideres comunitarios que permita fortalecer la prestación de los servicios en la comunidad.</p> <p>*Garantizar el mejoramiento del Call Center promoviendo nuevas estrategias.</p> <p>*Fortalecer canal de escucha con la comunidad</p> <p>*Articular con el área de calidad para identificar las principales causas de insatisfacción del usuario</p> <p>*Brindar permanentemente entrenamiento y capacitación al personal de SIAU</p> <p>*Diseñar metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes</p> <p>*Fortalecer el proceso de atención al cliente</p> <p>*Ejecutar estrategias de escuchar al cliente sin barrera</p> <p>*La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.</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	mantener un contacto directo y articulación con lideres comunitarios para garantizar un buen servicio al ciudadano	Reuniones efectivas realizadas con agremiaciones / reuniones programadas según cronograma.	8,7	Las reuniones programadas para el 2022 segun el cronograma se establecieron 24 reuniones, de las cuales se desarrollaron 21. En el mes de Septiembre se convoco a los agremiados de la entidad ASOCIACIÓN DE USUARIOS pero no se ejecutó por inconformidad encunto a un tema relacionado al comité de etica hospitalario. En el mes de Septiembre se desarrollo solo reunion con la agremiación ALIANZA DE USUARIO, la cual se desarrollo en el mes de cotubre. Septiembre y diciembre no se realizaron capacitaciones con esta agremeación.
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%.	8,1	En el año 2022 las llamadas recibidas fueron 404.840, llamadas atendidas fueron 303.056 teniendo un % de efectividad del 74%, teniendo en cuenta que la meta establecida para el cubrimiento de las llamadas es el 91%.
3	Que todos nuestros usuarios tengan conocimiento que la institución maneja diferentes canales de comunicación, de forma visible y fácil acceso, para ser escuchados	total de manifestaciones recibidas en los diferentes canales	10	Para el año 2022 el total de manifestaciones recibidas en los diferentes canales de la entidad fueron de 1213, de las cuales 760 son PQRSD y 453 felicitaciones, excediendo la meta para el 2022 de 600 manifestaciones. Las cuales fueron recibidas por medio de la TIKET, correo institucional siau@esecarmenemiliaospina.gov.co, buzones de sugerencias de manera presencial y Ventanilla única. Se evidencia un alza en el reporte de las manifestaciones debido a la inconformidad de los usuarios pertenencientes a las entidades que fueron liquidadas como COMFAMILIAR Y MEDIMAS. Sin embargo dicha cantidad muestra el conocimiento que tienen los usuarios sobre los diferentes canales de comunicación que brinda la entidad.
4	Reducir el número de insatisfacciones de forma escalonada hasta un mínimo aceptable	N° de insatisfacción/N° total manifestación	0	En el año 2022, se recibieron un total de 1213 manifestaciones, con un reporte de 760 insatisfacciones que equivale al 38%, donde la meta establecida para la vigencia del 2022 era no mayor al 25%. Se evidencia un alza en el reporte de las manifestaciones debido a la inconformidad de los usuarios pertenencientes a las entidades que fueron liquidadas como COMFAMILIAR Y MEDIMAS

5	Que todas auxiliares administrativas SIAU tengan el conocimiento de todas las áreas y servicios que ofrece la E.S.E CEO	N° de capacitaciones programadas	10	En el 2022, se programaron 12 capacitaciones a los auxiliares administrativos SIAU y se realizaron 13. las cuales se realizaron de forma mensual.
6	Tener en cuenta las sugerencias y calificación de servicios de los usuarios para buscar mejoras periódicas	N° de encuestas programadas	10	Se programaron 31.740 encuestas de satisfacción para la vigencia del 2022 y se realizaron 33.562 Teniendo en cuenta una meta mensual de 2.645 encuestas de satisfacción.
7	Ampliar el cubrimiento de la línea amiga o call center	Numero de horas diarias de atención	0	Para la vigencia del 2022 se tiene establecida como meta garantizar 12 Horas de atención al usuario en la línea amiga, de las cuales se garantizan 10 horas diarias.
8	Buscar a los usuarios y escucharlos extramuralmente	Mantener la satisfacción del usuario por encima del 95%	10	Para la vigencia del 2022 el nivel de satisfacción de los usuarios de la entidad es del 99%.
9	Garantizar que la oportunidad de cita nunca supere las 72 horas para el usuario	Oportunidad de asignación de citas de hasta 3 días	10	El indicador de oportunidad de asignación de citas cerró a tres días para la vigencia del 2022.
TOTAL EN PUNTAJE			66,8	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O AREA			74%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del area de SIAU, se ubica en un rango de evaluación ADECUADA , debido a que la calificación final se encuentra en un 74% de cumplimiento de sus actividades.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
*Fortalecer los mecanismos de participación comunitaria para dar cumplimiento a la meta establecida para la vigencia del 2023 de 24 reuniones efectivas con agremiaciones.				
*Buscar estrategias que permitan mejorar la oportunidad y accesibilidad de los usuarios en los servicios de la entidad.				
*Buscar estrategias que permitan la implementación de la línea amiga, garantizando 12 horas de atención al usuario.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: ANDREA QUINTERO SALGUERO		Nombre: JAIBER SANCHEZ CRUZ		
Auditor		Lider de Control Interno		

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUCION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
		PAGINA 1 DE 1		
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		TALENTO HUMANO		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Brindar al personal que sera vinculado una amplia orientación e información sobre las generalidades de la ESE Carmen Emilia Ospina, funciones que desempeñara, razón social y organización de la misma, con el fin de afianzar conocimientos y competencias requeridas para el desarrollo de sus actividades en el área 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 consolidación de 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 inducción*100	10	El proceso de inducción, se realizó a la totalidad de personas contratadas nuevas, 198; el proceso de reinducción se tiene establecido cada dos años.
2	Brindar al nuevo funcionario y/o contratista la respectiva inducción en el área de trabajo, funciones y actividades a desarrollar encomendadas.	No. De personas contratadas por área funcional/No. De personas total ingresadas al área funcional*100	10	El proceso de inducción en el área se hace junto, con la inducción general. Se le aplicó a las 198 personas nuevas contratadas.
3	Medir los conocimientos y la satisfacción del proceso de inducción.	Nivel de apropiación del proceso de inducción de 1 a 5	10	se obtiene nivel de apropiación del conocimiento de inducción superior a 3.5

4	Brindar apoyo y conocimiento al personal que obtenga de calificación menor 3 e igual de 3.	N/A	10	Ninguna persona que se le aplicó el pre test y post test obtuvo menor de 3.5
5	Crear un semillero de equipo interdisciplinario para la actividad de docencia servicio	No. De personas inscritas en docencia/ No. De personas certificadas en docencia servicios	0	Aunque se realizó la identificación del personal y la cotización de la formación no se logró adelantar la creación del semillero.
6	Fomentar la cultura de la investigación al interior de la ESE CEO y las instituciones educativas	No. De proyectos de investigación propuestos por la ESE CEO/ No. Total de proyectos realizados	10	Durante la vigencia 2022, se aprobaron 7 proyectos de investigación con diferentes Instituciones Educativas una de ellas del orden Internacional; no se fi
7	Cumplimiento del cronograma, la difusión y convocatoria de participación	No. De personas capacitadas/No. Total del personal *100	10	Se cumplió a cabalidad el cronograma, la difusión y la convocatoria de participación a las capacitaciones ofrecidas por la Institución.
8	Elaboración de los planes de capacitación, bienestar social e incentivos en forma anual.	Numero de planes elaborados.	10	Durante la vigencia 2022, se diseñaron y aprobaron los planes de capacitación y el de bienestar social e incentivos. El plan de capacitación se cumplió el 95% y el plan de bienestar social e incentivos se cumplió el 100%.
9	Ejecución como mínimo del 95% de los planes de capacitación, bienestar social e incentivos.	(Numero de personas capacitadas/ sobre el total de personal/100%	10	Durante la vigencia 2022, se diseñaron y aprobaron los planes de capacitación y el de bienestar social e incentivos. El plan de capacitación se cumplió el 95% y el plan de bienestar social e incentivos se cumplió el 100%.
10	Desarrollar la política de inclusión 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.	9	Del total de 834 personas vinculas a la Institución se tienen 8 personas en situación de discapacidad vinculadas a la Institución.


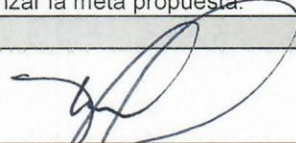
11	Validar la información por los profesionales, técnicos, que ingresan a la ESE CEO.	No. De títulos verificados de personal contratado / No. De personal contratado en el periodo.	10	Se realizaron 173 verificaciones de título se realizaron durante la vigencia 2022.
TOTAL EN PUNTAJE			99	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			90%	


7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de TALENTO HUMANO, su evaluación es **ADECUADA**, debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 90% cumpliendo en su totalidad las actividades.

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

Se recomienda implementar el semillero de equipo interdisciplinario para la actividad de docencia servicio.
Se recomienda vincular personal en condiciones de discapacidad, para alcanzar la meta propuesta.

9. FIRMA:

	
JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO	JAIBER SÁNCHEZ CRUZ
Auditor	Líder de Control Interno

		FORMATO		CODIGO	CI-S1-F14
		EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA		VERSION	1
				VIGENCIA	28/01/2021
				PAGINA 1 DE 1	
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DEL 2022			
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 los usuarios, 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	Durante la vigencia 2022, se logró el 89,5% de apropiación conceptual por parte del personal asistencial y administrativo de la Política IAMI.	
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 la vigencia 2022 se alcanzó un indicador del 47,8% de usuarios educados en conocimientos de la política IAMI, en la Institución.	
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.	0	Durante la vigencia 2022, no se logró al menos implementar un espacio amigable para adolescentes y jóvenes.	
4	Actualizar el modelo de prestación de servicios de salud	Modelo de prestación de servicios y portafolio de servicios de salud actualizado.	10	Durante la vigencia 2022 se actualizó el modelo de prestación de servicios y portafolio de servicios de salud según versión 10 de 02 de septiembre de 2022. Código GE-S1-M1-V10.	
5	Documentar la política de prestación de servicio de salud.	Política documentada	10	Mediante Resolución 412 del 08 de noviembre de 2021, se creó la política de prestación de servicios en salud para la Institución y se actualiza el modelo de prestación de servicios en salud institucional.	

6	Definir los indicadores según los procesos de oportunidad, pertinencia y accesibilidad para los servicios ambulatorios	Proporcion de indicadores analizados mensualmente	10	Durante la vigencia 2022, en el marco del comité tecnico científico que se realiza mensualmente, se socializan 20 indicadores.
7	Garantizar el analisis mensual de la oferta y la demanda a traves de indicadores.	Proporcion de indicadores analizados mensualmente	10	Durante la vigencia 2022, en el marco del comité tecnico científico que se realiza mensualmente, se socializan 20 indicadores.
8	Definir los indicadores según los procesos del servicio de transporte asistencial básico y referencia y contrareferencia instucional con oportunidad y calidad.	Proporcion de indicadores analizados mensualmente	10	Durante la vigencia 2022, en el marco del comité tecnico científico que se realiza mensualmente, se socializan 20 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	Durante la vigencia 2022, se logró el 71%, aumento de la proporción de personas con hipertensión arterial estudiadas.
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	Durante la vigencia 2022, se logró el 71%, aumento de la proporción de personas con diabetes millitus estudiadas.
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	Durante la vigencia 2022, se logró el 70%, aumento de la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada.

12	Mantener en 90% la adherencia en la evaluación de la aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención enfermedad Hipertensiva	Numero de historias clinicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención hipertensiva adoptadas por la ESE/ Total de historias clinicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la	10	Durante la vigencia 2022, se logró mantener el 93%, de adherencia en la evaluación de la aplicación de la guía de atención enfermedad hipertensiva.
13	Lograr un 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Numero de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al control de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes identificadas.	10	Durante la vigencia 2022, se logró el 85%, de proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.
14	Lograr un 40% la proporción de gestantes con consejería de lactancia materna en la institución	Numero de gestantes con consejería de lactancia materna en la institución/Numero total de gestantes	10	Durante la vigencia 2022, se logró el 75%, de proporción de gestantes con consejería de lactancia materna en la Institución.
15	Mantener en un 10% la proporción de gestantes con 4 o más controles prenatales	Numero de gestantes con cuatro o más controles prenatal/Total de gestantes en control prenatal*100	10	Durante la vigencia 2022, se logró el 53%, de proporción de gestantes con 4 o más controles prenatales.
16	Mantener en 95% la proporción de gestantes con asesoría, 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	Durante la vigencia 2022, se logró el 100%, de proporción de gestantes con asesoría, toma y resultados para VIH
17	Mantener le 90% la proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	Numero de gestantes a las que se les realizaron las tres pruebas diagnósticas para sífilis durante el embarazo/Numero total de gestantes de los últimos 6 meses reportadas*100	10	Durante la vigencia 2022, se logró el 91%, de proporción de gestantes con tamizaje para sífilis.

18	Aumentar a 10% la proporción de mujeres en edad fértil 15 a 49 años, atendidas en planificación familiar.	Numero de mujeres en edad fértil 15 a 49 años, atendidas en planificación familiar/numero total de mujeres en edad fértil en tre 15 a 49 años designadas para atención para la institución*100	10	Durante la vigencia 2022, se logró el 21%, de proporción de mujeres en edad fértil 15 a 49 años, atendidas en planificación familiar..
19	Mantener en un 85% la evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Numero de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplico estrictamente la guía técnica para la detección 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	10	Durante la vigencia 2022, se logró el 87%, la evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.
20	Mantener en un 80% la proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año	Numero de mujeres de entre 25 y 69 años que se ha tomado la citología en el periodo definido/Total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a las IPS.	10	Durante la vigencia 2022, se logró el 83%, la proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.
21	Realizar el 95% de las brigadas en salud área urbana programadas	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	Durante la vigencia 2022 se programaron 232 brigadas en la zona urbana y se desarrollaron la totalidad.
22	Mantener en 80% de las consultas bajo modalidad domiciliaria	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	Durante la vigencia 2022 se programaron 2500 consultas bajo la modalidad domiciliaria y se desarrollaron 2514
23	Realizar el 100% de las brigadas en salud área rural programadas	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	Durante la vigencia 2022 se programaron 600 brigadas rurales y se desarrollaron 611.
24	Documentar las rutas de cáncer en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	Durante la vigencia 2022, se actualizaron el formato de laboratorio de citologías, el diario de citologías, el seguimiento a las citologías y el lineamiento para el manejo integrado de cáncer de cuello uterino, mama, prostata, infantil, colon y recto. Se elaboraron, el acta de calidad de citologías y el flujograma de cáncer de prostata y el flujograma de cáncer colorectal.

25	Documentar la ruta de enfermedades pulmonares crónicas en la ESE Caremen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	Durante la vigencia 2022, se elaboró la guía de atención integral en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
26	Documentar la ruta de alteraciones nutricional en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	Durante la vigencia 2022, se actualizaron el procedimiento para la atención y el formato de seguimiento para alteraciones nutricionales para menores de cinco años.
27	Documentar la ruta de salud bucal en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	Durante la vigencia 2022, se actualizaron 8 documentos correspondientes a la ruta de salud bucal.
28	Elaborar, actualizar y socializar documento de atención que incluya las rutas integrales de atención de violencia, violencia de genero y sexuales.	Ruta documentada	10	Durante la vigencia 2022, se actualizaron y crearon 19 documentos correspondientes a la ruta integral de atención de violencia, violencia de género y sexuales.
29	Elaborar, actualizar y socializar documento de atención que incluya las rutas integrales de atención en salud mental (trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas)	Ruta documentada	10	Durante la vigencia 2022 se creó el protocolo para la atención integral en salud a trastornos asociados a consumo de sustancias psicoactivas, el consentimiento informado para atención inicial de trastornos asociados a sustancias psicoactivas, atención integral en salud a habitantes de la calle y se actualizó el documento de auditorías de las historias clínicas de eventos de interés en salud pública relacionados con salud mental.
30	Continuar la prestación del servicio de salud bajo la modalidad de teleconsulta	Numero de teleconsultas atendidas x 100/Numero de teleconsultas agendadas	10	Durante la vigencia 2022, se agendaron 1700 teleconsultas y se atendieron en su totalidad.
31	Implemetar la modalidad de telemedicina para la prestación del servicio por dos (2) especialidades en la institucion	Numero de especialidades implementadas bajo la modalidad de telemedicina en la institucion	0	Indicador no cumplido.
32	Documentar y/o actualizar el proceso de toma y traslados de muestras	Documento elaborado	10	Durante la vigencia 2022, se actualizó el documento, embalaje y traslado de muestras.
33	Documentar el proceso de realizacion de RX en la institucion	Documento elaborado	10	Durante la vigencia 2022, se actualizó el documento, seguimiento de equipos de protección radiológica.

34	Documentar el proceso de realización de ecografía en la institución	Documento elaborado	10	Durante la vigencia 2022, se actualizó el documento, solicitud realización ecografía institucional y el documento imagenología.
35	Matriz de seguimiento de actividades estructurada y documentada	Matriz de seguimiento	10	Se cuenta con matriz documentada la cual se remite a planeación de manera trimestral para el respectivo seguimiento.
36	Documentar el proceso de plan de cuidado de enfermería de la institución	Documento elaborado	10	Mediante resolución 419 de 2022, se adoptó el modelo general de enfermería de la Teorista Dorothea Orem
37	Cumplir al 100% las actividades contenidas en el plan de contingencia institucional por covid-19	No de actividades realizadas por contingencia covid/Total de actividades del plan de contingencia *100	10	Durante la vigencia 2022, se cumplieron al 100% de las actividades del plan de contingencia covid-19, teniendo en cuenta que la emergencia sanitaria estuvo hasta el mes de junio de 2022.
38	Articular con las entidades territoriales el 80% de las estrategias en salud de baja complejidad por contingencia por covid 19	Estrategias articuladas	10	Durante la vigencia 2022, se articularon las estrategias, vacunación covid-19, pruebas covid-19 y la atención domiciliaria; notificación de eventos al SIVIGILA, con la Secretaría de Salud Municipal y Departamental.
39	Mantener 16,4 casos por 100.000 habitantes de habitantes	TASA DE INCIDENCIA DE TBC*100.000 USUARIOS	8	La tasa de incidencia de TBC para la vigencia 2022 corresponde a 16,5 por cada 100.000 habitantes debido a que en el año 2022 se reportaron al programa de tuberculosis 61 pacientes nuevos con tuberculosis.
40	Se reduce o mantiene la letalidad por dengue grave a <2%	Porcentaje de letalidad por dengue	10	Durante la vigencia 2022 no se reportaron eventos de mortalidad por dengue.
41	0 casos	Tasa de incidencia de sífilis CONGENITA X 1000 nv.	10	Durante la vigencia 2022 no se reportaron eventos de sífilis congénita.
42	0 casos	Tasa mortalidad materna evitable x 1000 nv	10	Durante la vigencia 2022 no se reportaron eventos de mortalidad por dengue.
43	Mantener en un 95% los reportes al SIVIGILA	Porcentaje de cumplimiento	10	Durante la vigencia 2022 se evidenció el cumplimiento de reportes al SIVIGILA en un 99%
44	Garantizar el 100% proporción del cumplimiento del plan de capacitación anual	Porcentaje de cumplimiento de plan de capacitación anual	10	Durante la vigencia 2022, se programan 50 capacitaciones y se desarrollaron la totalidad.

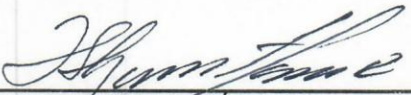
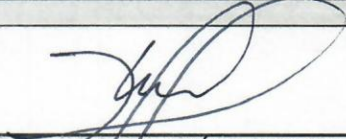
45	Diseñar tres (3) rutas integrales en atención en salud que incluya especialidades	Rutas diseñadas e integradas	10	Durante la vigencia 2022 se implementaron las rutas de promoción y mantenimiento de la salud en la cual va pediatría y medicina familiar, ruta maternoperinatal con ginecobotetra, ruta de cerebrovasculares medicina interna y familiar.
46	Socializar ante tres (3) EAPB el plan de salud con rutas diseñadas e integradas	plan socializado ante EAPB	10	Durante la vigencia 2022, se socializó el plan de salud con Salud Total, AIC, Sanitas y Nueva EPS
47	Ejecutar el 100% de las metas	metas ejecutadas/metras contratadas*100	9	Durante la vigencia 2022, se celebraron 5 convenios, uno se encuentra en ejecución y los demás se cumplieron en un 99% en total.
48	Contratar el 100% del recurso humano requerido para el cumplimiento de las obligaciones contractuales del convenio.	Recurso humanocontratado/recurso humano planeado*100	10	Durante la vigencia 2022 se cumplió a cabalidad la contratación del recurso humano para la ejecución de los convenios.
49	Matriz de seguimiento de actividades estructurales y documentada.	Matriz de seguimiento por convenio	10	Se evidencia matriz de seguimiento por cada convenio ejecutado.
TOTAL EN PUNTAJE			467	
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 **TÉCNICO CIENTÍFICA** su evaluación es **ÓPTIMA**, debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 95% cumpliendo en su totalidad las actividades.

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

Realizar los esfuerzos necesarios para el cumplimiento de metas que se encuentran en 0% de ejecución.
 Mantener el grado de exigencia en el cumplimiento de meta gerenciales.
 Continuar el ritmo de trabajo para dar los resultados esperados.

9. FIRMA:

	
JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO Auditor	JAIBER SÁNCHEZ CRUZ Lider de Control Interno

		FORMATO		
		CODIGO	CI-S1-F14	
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA		VERSION	1	
		VIGENCIA	28/01/2021	
PAGINA 1 DE 1				
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2022		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		TICS		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<ul style="list-style-type: none"> *Garantizar la gestión y mantenimiento de los sistemas de información *Implementar apropiadamente el buen manejo de las herramientas desde el área TIC *Implementar y mantener estrategias y gobierno de TIC institucional *Definición de una infraestructura tecnológica de alta disponibilidad, consistente, en desempeño eficiente y confiable 		
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	100% puesta en marcha de las actualizaciones de los programas	No. de actualizaciones programadas/No. De actualizaciones realizadas	10	Para la vigencia del 2022, se desarrolló una actualización al sistema del SIMAD por medio del contrato N° 627 con la entidad AUREA SAS, con fecha de inicio del 29 de junio del 2022 y finalización 30 de diciembre 2022. La actualización del sistema de INDIGO se realizo a traves del contrato 1074 del 2021 con la entidad INDIGO, liquidado en el 2022, periodo en el cual se realizó la actualización con la versión 30.8
2	100% Análisis de riesgos asociados al uso de las tecnologías y adquisición de herramientas tecnológicas	No. de riesgos analizados/No. De riesgos mitigados	10	Para la vigencia del 2022, se analizaron un total de 8 riesgos asociados al uso de la tecnología y adquisición de herramientas tecnológicas, los cuales fueron mitigados en su totalidad. La matriz de riesgo de TICS se encuentra publicada en la página web de la entidad.
3	100% Crear políticas para la implementación, evaluación, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología	No. de políticas solicitadas/No. De políticas entregadas	10	Para la vigencia del 2022, se solicitaron 4 políticas, se entrego: Política Terminos y condiciones con vigencia del 19 de septiembre del 2022 Ver.1 código GCI-S1-D8. Política de derechos de autor y/o autorización de uso sobre los contenidos con vigencia del 21 de septiembre del 2022 Ver. 1 código GCI-S1-D1. Política de privacidad y tratamiento de datos personales con vigencia del 19 de septiembre del 2022 Ver. 1 código GCI-S1-D7. Política de seguridad digital con vigencia del 29 de septiembre del 2022 Ver. 1 código GCI-S1-D9. Las cuales fueron socializadas y aprobadas mediante el comité de gestión de desempeño.

4	100% Diseñar un proceso para la implementación y evaluación de la seguridad del uso de tecnología	No. de manuales planteados/No. De manual implementados	10	Para la vigencia del 2022 se evidencian 4 manuales planteados los cuales estan cargados en la intranet de la entidad, los cuales se implementaron en su totalidad.
5	100% soporte técnico de los equipos en funcionamiento.	No. de actividades programadas de mantenimiento preventivo de equipos/No. De actividades ejecutadas	10	Durante la vigencia 2022, se realizó mantenimiento a 481 equipos a los cuales se realizaron de uno a tres mantenimientos, para un total de 823 actividades de mantenimiento preventivo los cuales se desarrollaron en su totalidad.
6	100% Documentar el plan de monitorización de uso y rendimiento de la infraestructura TIC de alta disponibilidad, consistente, desempeño eficiente y seguro.	No. de procesos proyectados para documentación/No. De procesos documentados 100%	10	Para la vigencia del 2022 se documentaron 6 procesos para la monitorización de uso y rendimiento de la infraestructura TIC de alta disponibilidad, consistente, desempeño eficiente y seguro, los cuales se encuentran cargados en el mapa de procesos y procedimientos de la página web de la entidad.
7	100% Funcionamiento del módulo de asignación de citas en la página web. Evaluar la efectividad del módulo	Modulo asignación de citas	10	En la página Web de la entidad se evidencia la casilla para solicitud de cita.
8	100% Renovación tecnológica para suplir las necesidades y brindar un mejor servicio a la comunidad.	No. de equipos obsoletos/No. De equipos nuevos	10	Durante la vigencia 2022 se dieron de baja 23 equipos y se adquirieron 36; cumpliendo a cabalidad el indicador
9	100% Elaboración del plan de diagnóstico de redes categoría 5A categoría 6A.	Plan elaborado	0	Se encuentra es el plan de diagnostico, del plan estrategico de transición de IPV4 A IPV6. El cual queda pendiente actualizar.
10	100% Diseñar , elaborar e implementar el procedimiento de custodia de activos de información.	procedimiento elaborado	10	Se evidencia el procedimiento de custodia de activos de información con vigencia del 4 de octubre del 2021 Ver.1 TIC-S1-P9
11	100% Elaborar y adoptar el procedimiento para la integridad, autenticidad, disponibilidad y preservación de los	procedimiento elaborado	0	No se encuentra el documento del procedimiento
12	100% Elaboración del plan de diagnóstico de los sistemas de comunicación rural.	Diagnóstico elaborado	10	Se evidencia el plan de diagnostico, el cual se encuentra dentro del plan estrategico de transición de IPV4 A IPV6.
TOTAL EN PUNTAJE			100	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			83%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del area de TICS, se ubica en un rango de evaluación **ADECUADA**, debido a que la calificacion final se encuentra en un 83% de cumplimiento de sus actividades.

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

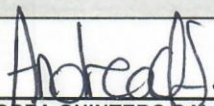

*Actualizar el plan estratégico de transición de IPV4 A IPV6, a la categoría 5 a categoría 6A.

*Elaborar y adoptar el procedimiento para la integridad, autenticidad, disponibilidad y preservación de los activos de la

información.

*Continuar con todas las acciones necesarias encaminadas a la calidad a través del mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales, con proyección a cumplimiento de los estándares superiores de calidad.

9. FIRMA:

	
Nombre: ANDREA QUINTERO SALGUERO	JAIBER SÁNCHEZ CRUZ
Auditor	Líder de Control Interno