
		FORMATO <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN</b>			
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CI-S1-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2023			
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		ALMACÉN			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		*Garantizar el suministro de insumos a los diferentes servicios de las respectivas sedes de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA. *Velar por el control y debido uso de insumos y activos fijos; propiedad planta y equipos de la institución.			
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE 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 2023, aprobado mediante resolución administrativa No. 549 del día 28 mes de diciembre de 2022, 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.	(Numero de entregas realizadas oportunamente a los diferentes servicios/pedidos realizados)*100	10	Durante la vigencia 2023 se entregaron oportunamente la totalidad las solicitudes de insumos 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	10	Durante la vigencia 2023 se cumplió con el numero de inventarios establecido para cada area de servicio de las respectivas sedes ESE CEO, el numero total de los inventarios de insumo realiados fue de 104 en el lapso de 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 en las sedes de la Institución que operan tanto en el area urbana como rural del Municipio de Neiva.	
		Numero de inventarios de activos fijos; propiedad planta y equipo aleatorio durante el año en diferentes sedes o servicios, (mínimo 24 anual, dos (2) mensuales)	10	Durante la vigencia 2023 se desarrollaron 24 inventarios aleatorios de activos fijos, propiedad planta y equipo durante los doce meses.	
TOTAL EN PUNTAJE			50		
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 ALMACÉN, 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:

Realizar seguimiento interno de manera trimestral a los indicadores de gestión en aras de mantener el desempeño optimo alcanzado durante la vigencia evaluada.

9. FIRMA:

	
Nombre: IVAN CAMILO CARDOSO NORIEGA Auditor	Nombre: JAIBER SANCHEZ CRUZ Lider de Control Interno

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA 863 2828    WHATSAPP 304 384 99 92    ESE Carmen Emilia Ospina

*Olivia Steen Delgado*



FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE: ENERO A DICIEMBRE DE 2023

2. ENTIDAD: ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: ASESOR JURÍDICO

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:  
\*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.  
\*Revisar periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar el órgano colegiado.

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE 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.	5	Durante la vigencia 2023, se CONTINUO con la implementación del 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			5	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			50%	



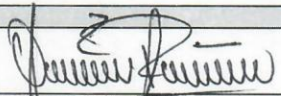
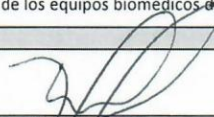
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área JURÍDICA, su evaluación es DEFICIENTE, debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 50% cumpliendo solamente un indicador de los dos que están establecidos.

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

Establecer en el transcurso del mes de febrero de 2024 los lineamientos dentro del reglamento de la Junta Directiva los mecanismos para evaluar las políticas institucionales que generen cambios

9. FIRMA:

Nombre: IVAN CAMILO CARDOSO NORIEGA Auditor	Nombre: AMBER SANCHEZ CRUZ Lider de Control Interno


		FORMATO <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN</b>				
<b>PROCESO:</b> CONTROL INTERNO		<b>CODIGO:</b> CH-S1-F14	<b>VIGENCIA:</b> 31/01/2023	<b>V2</b>	<b>PAGINA:</b> 1 DE 1	
<b>1. FECHA DE CORTE:</b> ENERO A DICIEMBRE DE 2023						
<b>2. ENTIDAD:</b> ESE CARMEN EMILIA OSPINA						
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b> BIOMEDICO						
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>		*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 de la prestación de los servicios en el área de rayos X, consulta externa rural-urbana, urgencias, odontología hospitalización y servicios extramurales.				
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)			
1	4 Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona urbana	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10		Se puede verificar cronograma de los 4 mantenimientos ademas de las evidencias de mantenimientos realizados para su cumplimiento, 1350-2022 al 2023; 095 del 2023; 797 del 2023; 9954 del 2023	
2	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona rural	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10		Se puede verificar cronograma de los 2 mantenimientos ademas de las evidencias de mantenimientos realizados para su cumplimiento 1350-2022al2023; 095 del 2023; 797 del 2023; 9954 del 2023	
3	4 Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos odontológicos	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10		Contrato 1355 de 2022, contrato 104 de 2023, contrato 602 de 2023, contrato 787 de 2023 y contrato 917 de 2023, se adjunta plan de mantenimiento y cronograma.	
4	2 Mtos semestral preventivo y correctivo refrigeradores horizontales /vacunación	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10		Se puede verificar cronograma de los 4 mantenimientos ademas de las evidencias de mantenimientos realizados para su cumplimiento, 1350-2022 al 2023; 095 del 2023; 797 del 2023; 9954 del 2023.	
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	0		Durante la vigencia 2023 no se ejecutó la metrología de los equipos biomédicos.	
6	Adquisición de la tecnología para el mejoramiento del servicio	Numero de equipos biomédicos obsoletos/numero total de equipos biomédicos *100	10		Contrato 090 de 2023, se adquirió el esterilizador a vapor, contrato 106 de 2023, se adquirió el equipo rayos x odontológico, contrato 621 de 2023, se adquirieron 46 equipos odontológicos, contrato 703 de 2023 se adquirieron 10 monitores de signos vitales y contrato 846 de 2023 se adquirieron 22 equipos biomédicos.	
60	<b>TOTAL EN PUNTAJE</b>		50			
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA</b>			83%			
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de <b>BIOMÉDICA</b> , se ubica en un rango de cumplimiento <b>ADECUADA</b> , con un porcentaje del <b>83%</b> .						
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b> - Se recomienda cumplir con la totalidad de los indicadores del área biomédica, incluida la metrología, teniendo en cuenta que la Entidad debe destinar el 5% del presupuesto total de la Entidad al Mantenimiento, incluido los equipos biomédicos.  - Se reconoce el compromiso de la líder del área, en la ejecución del plan de mantenimiento de los equipos biomédicos de propiedad de la Institución.						
<b>9. FIRMA:</b>						
						
<b>Nombre:</b> ANA TILDE RODRÍGUEZ LEÓN			<b>Nombre:</b> JAIBER SÁNCHEZ CRUZ			
<b>Auditor</b>			<b>Asesor de Control Interno</b>			

Buscamos su satisfacción por su salud, bienestar y dignidad

LINEA ABERTA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina

  
Claudia Meng



FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2023		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		GARANTÍA DE LA CALIDAD		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*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</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 DE RESULTADOS
1	Aplicar la encuesta de cultura de seguridad	Proporción de respuestas positivas de la percepción de la seguridad del paciente en la institución	10	Para la vigencia del 2023 se encuestaron a 210 personas sobre la percepción del clima de seguridad del paciente de la ESE CEO, de las cuales se miden con un total de 2100 preguntas trasadoras cuyo resultado es: 1619 respuestas positivas, para un porcentaje del 77% respuestas positivas de percepción.
	Analizar los resultados de la encuesta			
	Ajustar el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los resultados de la encuesta			
	Apoyar la implementación del programa de seguridad del paciente en los servicios de la institución.			
2	Diseñar un plan de monitorización de la calidad desde diferentes fuentes de información, que incluya el cumplimiento a la normatividad vigente	Plan diseño	10	Para la vigencia del 2023 se establece el Plan de Monitorización de la 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 mejoramiento de la calidad con vigencia de la misma anualidad.
3	Implementar el plan de monitorización de la calidad desde diferentes fuentes de información.	Proporción de acciones propuestas en el plan cumplidas	10	Para la vigencia 2023, se dio cumplimiento a las acciones establecidas en el Plan de Monitorización de la Calidad referentes a la ejecución de auditorias, autoevaluaciones y seguimiento a indicadores y pacientes.
4	Elaborar informes y comunicar los resultados de la monitorización de la calidad, incluyendo el cumplimiento a los informes obligados por la norma	Numero de comunicaciones anuales	10	Para la vigencia del 2023, se elaboró informe sobre los resultados del ejercicio PAMEC de la vigencia inmediatamente anterior, oportunidades de mejora, su priorización y otras metodologías y estrategias el cual fue comunicado y socializado a la alta gerencia en el mes de mayo 2023.

5	Gestionar la disminución de costos de no calidad a través de los comités institucionales	Número de comités en el año con presentación de resultados de la monitorización de la calidad	10	Durante la vigencia del 2023, operó el comité de calidad y seguridad del paciente y el comité de historias clínicas donde se realizó el monitoreo de los avances de la calidad de la ESE CEO. cada comité se desarrolló de manera mensual en el transcurso de toda la anualidad.
6	Establecer los criterios de los estándares del sistema único de habilitación que aplican a los servicios que se planeen	Número de informes con indicaciones de los requerimientos según norma de habilitación para los servicios nuevos que se planeen abrir	10	Para la vigencia del 2023, se elaboraron los informes según requerimiento de la norma para apertura de los nueve (9) servicios de la sede CAIMI y se obtuvieron los respectivos distintivos de habilitación para cada uno.
7	Diseñar un modelo de mejoramiento	Proporción de equipos de mejora establecidos en funcionamiento	10	Para la vigencia 2023, se evidenció la operación del modelo de mejoramiento de la calidad en la ESE CEO. Inicialmente, para los meses de enero, febrero, marzo y abril se conto con 4 equipos primarios en funcionamiento correspondiente a las sedes de IPC, canaima, palmas y granjas, adicionalmente, para los meses siguientes de la anualidad, se puso en marcha dos nuevos equipos primarios que corresponden al EQ. PRIMARIO APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO y EQ. PRIMARIO CONSULTA EXTERNA.
	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 2023, se elaboró Informe de Mejoramiento Institucional, el cual fue comunicado y socializado el 18 de mayo del 2023 a la alta gerencia.
9	Diseñar un plan de capacitación a los líderes en la gestión del mejoramiento continuo	Número de capacitaciones brindadas	10	Para la vigencia del 2023 se desarrollaron tres tipos de capacitaciones dirigidas a los líderes en la gestión de mejoramiento continuo a saber; programa de humanización, habilitación y sobre seguridad al paciente. Las capacitaciones de humanización se desarrollaron de forma mensual durante toda la vigencia, las concernientes al tema de habilitación durante los meses de febrero y marzo y finalmente, sobre seguridad del paciente se llevaron a cabo 18 capacitaciones en la vigencia 2023
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 2023, se evaluarón 8 grupos con 160 estándares de calidad (direccionamiento, gerencia, pacas, talento humano, ambiente físico, gerencia de la información, gestión de la tecnología y seguridad del paciente), los cuales fueron evaluados en su totalidad, arrojando una calificación del indicador 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 2023, se establecieron 6 equipos de priorización para el mejoramiento, los cuales son: ambiente físico, direccionamiento, mejoramiento, gerencia, pacas, talento humano. 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 2023, los 8 grupos que definen la calidad deseada son; PACAS, DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, TALENTO HUMANO, AMBIENTE FISICO, G. TECNOLOGIA, G. INFORMACIÓN, basados en la calificación obtenida en el año 2022.
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 2023 se realizó observación y seguimiento a las oportunidades de mejora sobre las cuales recayó un plan de acción en aras de 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 2023 se evidencian la existencia de 7 planes de mejora en aras de 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	8	Para la vigencia 2023 se realizó seguimiento al plan de mejora establecido. Con un total de 344 acciones a implementar cuyos resultados se clasifican en; cumplidos, no cumplidos y en desarrollo, no obstante lo anterior, se evidencian inconsistencias entre las acciones consignadas en el seguimiento y las establecidas en el plan de mejora toda vez que algunas no se corresponden.
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	0	No se evidencia cumplimiento del Indicador.
17	Capacitar en diseño y análisis de indicadores a los líderes de los procesos asistenciales y de apoyo	Numero de capacitaciones en diseño y análisis de indicadores relacionados con la calidad en la prestación de los servicios	10	Para la vigencia del 2023, se desarrollaron 3 capacitaciones en diseño y análisis de indicadores relacionadas con la calidad en la prestación de servicios.
TOTAL EN PUNTAJE			158	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			93%	
<b>7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> En lo relacionado al grado cumplimiento del área de Calidad, se ubica en un rango de cumplimiento <b>ADECUADA</b> ; teniendo en cuenta que sus evidencias comprueban el grado proporcional de compromiso en la consecución de las metas del área.				

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

1. Realizar seguimientos permanentes y continuos a los indicadores aquí señalados en aras de monitorear y aplicar los correctivos apropiados de manera oportuna para garantizar el cumplimiento total de las metas.

2. Realizar un Plan de Mejora en donde se señalen acciones correctivas y preventivas para alcanzar la correspondencia total entre las acciones contenidas en el formato de seguimiento con las consagradas en el plan de mejora de la anualidad.

**9. FIRMA:**

Nombre: **IVAN CAMILO CARDOSO NORIEGA**  
Auditor

Nombre: **JAIBER SANCHEZ CRUZ**  
Lider de Control Interno

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina

*EBF*

*Irma*

*Susana Bermudez Acosta*



FORMATO  
**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE: **ENERO A DICIEMBRE DE 2023**

2. ENTIDAD: **ESE CARMEN EMILIA OSPINA**

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: **COMUNICACIONES**

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

- \*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 DE RESULTADOS
1	Módulo de asignación de citas en la página web	Un módulo web para asignación de citas	10	Se puede evidenciar que existe un modulo WEB para la asignación de citas y esta en funcionamiento.
2	Aplicación de encuestas al cliente interno y externo	Aplicación de encuesta según muestra calculada	10	Se deja evidencia que se realizaron 313 encuestas de las 300 estipuladas en el plan de acción para la vigencia 2023
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	Se pudo evidenciar el documento diagnostico de comunicación que contiene comunicación interna y externa.
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	De acuerdo al punto anterior se deja evidencia del documento que contiene la estrategia a ejecutar para el proceso de comunicación en la entidad.
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 y dentro del mapa de procesos, la política de comunicación con vigencia 6 de mayo del 2021 versión 1. Dentro de la vigencia 2023 se evidencia un total de 140 socializaciones realizadas para el personal de la ESE.
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 puede evidenciar que existe un manual de imagen corporativa debidamente aprobado.

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 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 345 de 2023 donde se establece el plan de medios con el Fondo Mixto de Cultura. Con fecha de inicio el 15 de mayo de 2023, fecha finalización 31 de octubre de 2023. Contrato por valor de \$89.990.000, el cual se ejecutó en su totalidad. Dentro del plan se establece medios contratados para publicaciones a través de medios de internet, prensa escrita 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 2023 se desarrollaron 13 seguimientos a los mensajes transmitidos por la población sobre la entidad, los cuales se desarrollaron durante la vigencia.
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 2023 se desarrollaron 76 actividades de 72 en el plan de acción de la entidad. En el mes de enero 3 actividades, febrero 7 actividades, marzo 12 actividades, abril 5 actividades, mayo 7 actividades, junio 2 actividades, julio 2 actividades, agosto 17 actividades, septiembre 13 actividades, en octubre no se realizaron, noviembre 4 y diciembre 4 actividades.
11	Construir boletines de prensa para medios internos y externos	Boletines enviados y publicados	10	Para la vigencia del 2023 fueron enviados 96 boletines de los 96 exigidos por el plan de acción, 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	9	Se pudo evidenciar que para la vigencia 2023 se realizaron 4 boletines EntérEse, en el mes de marzo, junio, octubre y diciembre.
13	Recopilar Información para actualizar la página web	Actualización de información	10	Para la vigencia del 2023 se realizaron 346 actualizaciones de las 96 exigidas. en la página de la entidad.
14	Recopilar información para actualizar la página Intranet	Actualización de información	9	Se evidencia que para la vigencia del 2023, se actualizó la información de la página de la intranet al 98%. Con un total de 92 actualizaciones de 96 exigidas.
15	Recopilar información y realizar impresión para visitas y actualizaciones de carteleros en los centros de salud	Actualización de información	10	Para la vigencia 2023, se actualizaron las diferentes carteleros emitidas por comunicaciones en los diferentes puntos de información.
16	Recopilar información para la actualización de carteleros digitales en los centros de salud	Actualización de información	10	Para la vigencia del 2023, el área de comunicación actualizó las diferentes carteleros digitales en los centros de salud de la entidad, los cuales se actualizaron las sede de Canaima, Eduardo Santos, IPC y Granjas que se encuentran en funcionamiento.
17	Generar información educativa sobre los diferentes programas y actividades de la institución para ser publicados en los espacios disponibles en redes sociales y canales web	Actualización de información (Banners, videos, imágenes, información escrita, transmisiones eventos en vivo)	2,50	Para la vigencia del 2023 se actualizaron en el Fan-Page (FACEBOOK) 487 de 360 exigidas en el plan de acción de la entidad.
		Actualización de información (Banners, videos, imágenes, información escrita)	2,50	Para la vigencia del 2023, se realizaron 191 actualizaciones de 360 en el perfil de twitter.
		Actualización de información (Banners, imágenes, videos)	2,50	Para la vigencia del 2023, se realizaron 346 actualizaciones de 126 exigidas en la red social de Instagram.





FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE: ENERO A DICIEMBRE DE 2023

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 DE 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	La oficina de Contratación, manifiesta que se suscribieron 988 contratos durante la vigencia 2023, de los cuales aparecen rendidos 843 contratos,
2	Realizar la trazabilidad detallada y consolidada de los documentos requeridos para la contratación	Número de contratos suscritos/numero de contratos revisados	10	Según certificación expedida por la Oficina de Contratación, durante la vigencia 2023, se recibieron 451 cotizaciones para procesos de adquisición de bienes y servicios, de los cuales fueron revisado en su totalidad.
3	Solicitud de cotización a los diferentes oferentes y/o histórico de la entidad comparación de compras similares con otras entidades	cotizaciones	10	Según certificación expedida por la Oficina de Contratación, durante la vigencia 2023, se recibieron 451 cotizaciones para procesos de adquisición de bienes y servicios .
4	Realizar la actualización del manual de contratación	Manual de contratación	10	El Manual de funciones se actualizó el día 28 de noviembre de 2022, mediante resolución 468 de 2022.
TOTAL EN PUNTAJE			40	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			100%	

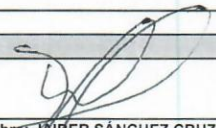
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de CONTRATACIÓN, se ubica en un rango de cumplimiento OPTIMA, con un porcentaje del 100%.

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

- Se recomienda continuar realizando el monitoreo a los indicadores del área, reportando a tiempo la contratación en las diferentes plataformas de ley.
- Se reconoce el compromiso del líder del área, con los indicadores de gestión.

9. FIRMA:

  
 Nombre: JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO  
 Auditor

  
 Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ  
 Líder de Control Interno





FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S-1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:	ENERO A DICIEMBRE DE 2023
2. ENTIDAD:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:	CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:	<p>*Fortalecimiento de la 1 y 2 línea 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 DE 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/Numero de capacitaciones o boletines programados en el mes	10	Para la vigencia se programaron dentro del plan de capacitaciones 6, dirigidas a los líderes de los procesos con el compromiso de ser socializada con su equipo de trabajo, donde se cumplió con lo propuesto donde los temas fueron: Ley de transparencia, ambiente de control, Gestión de Riesgo Institucional, Actividades de control, información y comunicación y Monitoreo y supervisión.
2	Ejecutar el 90% del programa anual de Auditoria aprobado para cada vigencia, incluyendo las auditorias especiales.	Número de auditorias realizadas/Numero de auditorias programadas en el mes.	10	Dentro del plan anual de auditorias se programaron 10 auditorias dando cumplimiento a lo
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/Numero de informes de ley programados en el mes conforme a la normatividad vigente.	10	Dentro del plan de acción anual se programaron 10 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/Numero de seguimientos programados en el mes.	10	Para la vigencia del 2023 se planearon 10 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 ÁREA			100%	

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

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

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

9. FIRMA:

Nombre: Ana Tilde Rodríguez León	Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ
Auditor	Lider de Control Interno

Buscamos la excelencia por tu salud, bienestar y dignidad.

LINEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

Facebook, Twitter, Instagram, YouTube icons  
ESE Carmen Emilia Ospina



FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2023		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		DEFENSA JURÍDICA		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Garantizar la defensa judicial oportuna</p> <p>*Reducir anualmente el numero de demandas que ingresan contra la entidad, relativas a derechos laborales.</p> <p>*Reducir anualmente el numero de demandas que ingresan contra la entidad, relativas a la prestación del servicio médico</p> <p>*Fortalecer los procedimientos contractuales de la entidad para prevenir el daño antijurídico</p> <p>*Establecer directrices jurídicas preventivas, frente al tema contractual y del talento humano, encaminadas a evitar el daño antijurídico de la entidad</p> <p>*Creaciones institucionales de la oficina jurídica y de la contratación de la Carmen Emilia Ospina</p> <p>*Fortalecer la estructura operativa del área de defensa judicial con ocasión del Covid - 19</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 DE RESULTADOS
1	Mantener la oportunidad en un 100% de respuesta a tutelas.	(Número de tutelas gestionadas en los tiempos establecidos/ total tutelas en el periodo)*100.	10	Durante la vigencia 2023 se interpusieron 85 acciones de tutela contra la ESE CEO, todas ellas gestionadas por el equipo de Defensa Juridica dentro del termino judicialmente coferido.
2	Mantener la oportunidad en un 100% de respuesta a derechos de petición.	(Número de derechos de petición contestados en los tiempos establecidos/ total de derechos de petición en el periodo)*100.	10	Durante la vigencia 2023 fueron radicadas en la ESE CEO 698 peticiones, el equipo juridico de la entidad absolvió respuesta oportuna a la totalidad de aquellas acorde a los plazos establecidos en la norma que regula la materia.
3	Mantener la oportunidad en un 100% de respuesta a procesos jurídicos.	(Número de procesos judiciales tramitados en los tiempos establecidos/Total de procesos en el periodo)*100.	10	A fecha de 31 de diciembre de 2023, la ESE CEO se encuentra vinculada en calidad de demandada en 126 procesos judiciales, así mismo, la entidad actua en calidad de demandante en 5 procesos, para un total de 131 procesos judiciales, los cuales son tramitados dentro de los terminos legalmente establecidos.
4	Ajustar las clausulas contractuales de conformidad con el Estado de Contratación, con los fallos judiciales que han afectado a la entidad. Estudiar nuevas formas de vinculación del personal asistencial	N/D	10	Durante la vigencia 2023, la ESE CEO suscribio contratos sindicales como alternativa contractual para la vinculación del personal asistencial y adminitrativo de la entidad.

5	Por intermedio del comité de conciliación y defensa judicial, coordinar, establecer y reforzar el seguimiento a las auditorías y al manejo preventivo de la contratación del recurso humano de la Carmen Emilia Ospina	N/D	10	El equipo de defensa jurídica a través del Comité de conciliación y Defensa Judicial y en coordinación con la Alta Gerencia sugirió tener en cuenta la vinculación del personal asistencial y parte administrativa por medio de agremiación sindical, propuesta que fue aprobada y a fecha actual aplicándose en los procesos de contratación del recurso humano.
6	Reducir el número de eventuales demandas que se puedan presentar frente a la entidad por nulidad y restablecimiento del derecho	N/D	10	Durante la vigencia 2023, se logró reducir el número de demandas contra la ESE CEO como consecuencia de la suscripción de contratos por agremiación para el personal asistencial y parte administrativo.
7	Reducir el número de eventuales demandas que se puedan presentar frente a la entidad por nulidad y restablecimiento del derecho	N/D	10	Durante la vigencia 2023, se logró reducir el número de demandas contra la ESE CEO como consecuencia de la suscripción de contratos por agremiación para el personal asistencial y parte administrativo.
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	Se realizó modificación a la resolución de conformación del Comité de Conciliación y Defensa Judicial en aras de incluir a nuevos funcionarios competentes en los asuntos que allí se tratan.
9	Lograr la consecución e implementación de una infraestructura adecuada para ejercicio de la defensa judicial	N/D	10	La dependencia continua apoyándose en el uso permanente de la plataforma LEGIS OFFICE, un software jurídico para el área de defensa judicial con beneficios en eficiencia y eficacia en la gestión de procesos judiciales; el cual se encuentra debidamente implementado en la entidad
TOTAL EN PUNTAJE			90	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			100%	

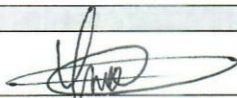
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Defensa Judicial, se ubica en un rango de cumplimiento **OPTIMA**; teniendo en cuenta que sus evidencias comprueban el grado de compromiso en la ejecución de las metas del área.

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

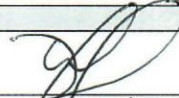
Continuar implementando las acciones que permiten el cumplimiento óptimo de la oficina.

Realizar las gestiones oportunas para continuar con el uso de una plataforma que brinde eficiencia y eficacia en el trámite de actuaciones judiciales.

9. FIRMA:



Nombre: **IVAN CAMILO CARDOSO NORIEGA**  
Auditor



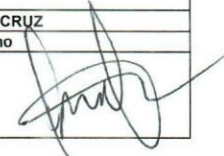
Nombre: **JAIBER SÁNCHEZ CRUZ**  
Asesor de Control Interno

Buscamos la excelencia en su calidad, eficiencia y seguridad

LINEA ANCHA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina





FORMATO  
**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

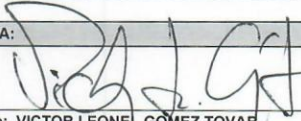
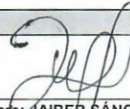
PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		<b>ENERO A DICIEMBRE DE 2023</b>		
2. ENTIDAD:		<b>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		<b>FINANCIERA</b>		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*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 líderes 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.</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 DE RESULTADOS
1	Efectuar como mínimo el 95% de las conciliaciones programas con EPS.S	(Número de conciliaciones realizadas/Conciliaciones programadas)*100	10	Se evidencia que de las 30 conciliaciones programadas se realizaron 58; Alcanzando 204 conciliaciones en la vigencia 2023 con un alcance del 170%
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 2023 se cerró el indicador de porcentaje de glosas de cartera en 2,3%; razón por la cual se cumplió a cabalidad el indicador ya que la meta es del 8%.
3	Mantener meta de recaudo de cartera máximo a 140 días	Ventas servicios a crédito/Saldo promedio cuentas por cobrar	10	Se evidencia que durante la vigencia fiscal 2023 se cerró la ejecución de cartera a 141 días; cumpliendo a cabalidad el indicador; ya que se venía rotando cada 161.
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	10	Se logra evidenciar que durante la vigencia 2023, se terminaron 11 de los cuales se liquidaron 9 contratos, con un alcance del 82%. Se quedaron proyectadas las liquidaciones de 2 contratos con las empresas AIC (Asociación Indígenas del Cauca) y SANITAS.
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.	(Número de Ingresos facturados/ Número de ingresos abiertos y efectivamente atendidos)*100	10	Se puede evidenciar que se realizaron 191.827 facturados y se dejaron sin radicar 621 que corresponde a 525 ingresos que se dejaron de radicar por el cierre de la vigencia.
6	Generar un documento de análisis de costos hospitalarios cada mes	(Número de informes entregados/Número de informes programados)	10	Durante la vigencia 2023 se generaron 12 informes de costos correspondiente a uno mensual. Se evidencia que el indicador se cumplió a cabalidad.
7	Consolidar y mantener el equilibrio presupuestal entre el ingreso y el gasto	Análisis de ingresos y gastos mensual/cantidad de informes programados	10	Se logra evidenciar que durante la vigencia 2023 se generaron 12 informes presupuestales, correspondiente a uno mensual. Se evidencia que el indicador se cumplió a cabalidad cerrando en octubre en 2,76%; noviembre en 1,19% y diciembre 1,71% en total se cierra con 0.95% de ppto ejecutado.
8	Dar respuesta al 100% de las objeciones en los términos normativos	Total de objeciones contestadas en el periodo /Total de objeciones recibidas	10	Se evidencia que en la vigencia del total de 16.110 glosas recibidas, se contestaron 16.108 correspondiendo a un 99%; cumpliendo a cabalidad el indicador.
<b>TOTAL EN PUNTAJE</b>			<b>80</b>	
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA</b>			<b>100%</b>	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de COMUNICACIONES, dentro de la matriz de calificación se ubica en un rango de evaluación **OPTIMA**, debido a que la calificación final fue de 100% el cumplimiento de sus actividades.

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

9. FIRMA:



  
Nombre: **VICTOR LEONEL GÓMEZ TOVAR**  
Auditor  
Nombre: **JAIBER SÁNCHEZ CRUZ**  
Lider de Control Interno


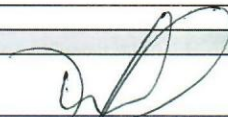





*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*


LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

Twitter Facebook Instagram  
ESE Carmen Emilia Ospina

		FORMATO <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN</b>			
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CI-S1-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2023			
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		GESTIÓN AMBIENTAL			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		* Fortalecer la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares de la ESE CEO para la disminución de impacto a los factores ambientales. * Fomentar una cultura ambiental en la ESE Carmen Emilia Ospina. * Cumplir con los estándares normativos en competencia del área ambiental.			
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
1	Mantener actualizado el PGIRASA	Anualmente	10	Actualizado el 24 de abril de 2023, mediante GAF-S1-M1, se encuentra publicado en el mapa de procesos y publicado en la página oficial de la Entidad.	
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	Durante la vigencia 2023, se realizaron 46 inspecciones de las 40 que se tenían programadas. Se evidencian 46 inspecciones escaneadas.	
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	Durante la vigencia 2023, se incineraron el 57,25% del total de residuos hospitalarios.	
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	9,5	Durante la vigencia 2023, se dispusieron el 20,25% del total de residuos hospitalarios.	
5	Aprovechar el 20 % de los residuos reciclables del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos reciclables en kg.mes/Cantidad de residuos totales generados en kg mes*100	10	Durante la vigencia 2023, se aprovecharon el 22,41% de los residuos hospitalarios.	
6	Satisfacer las necesidades de las canecas	No. de canecas cambiadas/No. De canecas dañadas *100	10	Durante la vigencia 2023, se reportaron 47 canecas dañadas de las cuales todas se cambiaron.	
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 2023, se programaron 10 capacitaciones y se realizaron 10	
8	Cumplir con el 100% de las campañas programadas sobre sensibilización del medio ambiente	No. de campañas realizadas/No. De campañas programadas *100	10	Durante la vigencia 2023 se realizaron 5 campañas de sensibilización ambiental, denominadas, "MIS RESIDUOS EN LA CANECA QUE CORRESPONDE" SEGREGACIÓN EN LA FUENTE, Donaton de Alimentos a Peluditos - Responsabilidad socioambiental, "Mi consumo es responsable"- Posconsumo, "Recolección de Residuos Medicamentos Vencidos", "Disminución de uso de Vasos Desechables".	

9	Ahorrar en 5% el consumo de agua y energía	Consumo del año actual-consumo del año anterior	10	Según estadística presentada, se logró un ahorro el 6% en energía y 7% en consumo de agua respecto al año 2022, teniendo en cuenta que se descontó los 106 días que se laboraron (sábados, domingos y festivos) sede Canaima, y no se tuvo en cuenta la sede Caimi
10	Cumplir al 100% con las jornadas lúdicas ambientales programadas	No. de jornadas realizadas/No. De jornadas programadas *100	10	Durante la vigencia 2023, se desarrollaron dos jornadas lúdicas ambientales, adopto un parque de mi ciudad, y muevete diferente utiliz la bici.
11	Programar y ejecutar el comité GAGAS	Bimensual	8,3	Durante la vigencia 2023 se desarrollaron 5 comités del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitario. GAGAS
12	Darle cumplimiento a los ciclos programadas de control de vectores	No. de ciclos ejecutados/No. de ciclos programados *100	10	Contrato 0094 de 2023, se llevaron a cabo 4 ciclos de fumigación durante la vigencia, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre.
13	Darle cumplimiento a los ciclos programadas de limpieza y desinfecciones de los tanques.	No. de ciclos ejecutados/No. de ciclos programados *100	10	Contrato 0098 de 2023, se ejecutaron 4 ciclo de lavado de tanques en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, en las sedes habilitadas y 2 veces al año en las sedes no habilitadas
14	Realizar el mantenimiento a las zonas verdes	No. de mantenimientos ejecutadas/No. De mantenimiento programados x 100	10	Contrato 0109 de 2023 donde se ejecuta mensualmente el mantenimiento de zonas verdes.
15	Gestionar recursos para el plan piloto en el 2024	Avance anual del plan piloto	5	Proyecto presentado a la Alcaldía Municipal
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	5	Se cuenta con los estudios y diseños de las plantas de tratamiento pero no se gestionaron los recursos.
17	Entregar al 100% el reporte de los residuos hospitalarios generados a la CAM	Anualmente	10	Se evidencia la entrega de dos informes anuales a la CAM durante la vigencia 2023
18	Entregar al 100% el reporte de los residuos hospitalarios peligrosos generados al IDEAM	Anualmente	10	Se evidencia entrega del reporte anual del año 2022.
19	Dar cumplimiento al 100% con la entrega de los RH1 a la Secretaría de Salud Municipal	Semestral	10	Se evidencia entrega de los RH1, a la Secretaría de Salud Municipal del ultimo semestre del 2022 y primer semestre del 2022.
TOTAL EN PUNTAJE			177,8	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			94%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de GESTIÓN AMBIENTAL se ubica en un rango de cumplimiento ADECUADA, con un porcentaje del 94%.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Se recomienda darle prioridad a los indicadores que hacen referencia a gestión de proyectos del área teniendo en cuenta que no se evidencia avance en el cumplimiento.				
Se recomienda mayor esfuerzo para diseñar estrategias de ahorro en agua y energía.				
Se reconoce el compromiso de la líder del área.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO		Nombre: JAVIER SÁNCHEZ CRUZ		
Auditor		Líder de Control Interno		
<p style="text-align: center;"><small>Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y seguridad</small></p> <p style="text-align: center;">  LINEA ANGA 863 2828     WHATSAPP 304 384 99 92       FSE Comunitaria Brindis Ospital </p>				

  
1075735485



FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14


VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2023		
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 DE RESULTADOS
1	4 Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona urbana	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 095 de 2023, contrato 797 de 2023, contrato 954 de 2023. Se adjunta el plan de mantenimiento y cronograma.
2	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona rural	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	9,5	Contrato 095 de 2023, contrato 797 de 2023, contrato 954 de 2023. Se adjunta el plan de mantenimiento y cronograma, la sede santa helena y san jorge se realizó un solo mantenimiento.
3	4Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos odontológicos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 1355 de 2022, contrato 104 de 2023, contrato 602 de 2023, contrato 787 de 2023 y contrato 917 de 2023, se adjunta plan de mantenimiento y cronograma.
4	2 Mtos semestral preventivo y correctivo refrigeradores horizontales .vacunación	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 095 de 2023, contrato 797 de 2023, contrato 954 de 2023. Se adjunta el plan de mantenimiento y cronograma, la sede santa helena y san jorge se realizó
5	6 Mtos bimestrales preventivo neveras convencionales, purificadores y dispensadores de agua	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 1374 de 2022, contrato 099 de 2023, se adjunta el plan de mantenimiento y cronograma.
6	1 Mto mensual preventivo y correctivo de plantas eléctricas	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	7,5	Contrato 081 de 2023, contrato 099 de 2023, se adjunta el plan de mantenimiento y cronograma, no se realizó mantenimiento en enero, febrero y diciembre.
7	1 Mto anual preventivo y correctivo a muebles y enseres y elaboración según requerimientos de los servicios	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 020 y 798 de 2023.
8	6 Mtos bimestrales preventivo y correctivo aires acondicionados	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 1374 de 2022, contrato 099 de 2023, se adjunta el plan de mantenimiento y cronograma.
9	4 Mtos trimestral lavado de tanques de agua aéreos y subterráneos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 0098 de 2023, se ejecutaron 4 ciclo de lavado de tanques en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, en las sedes habilitadas y 2 veces al año en las sedes no habilitadas
10	4 Mtos trimestral preventivo de radioteléfonos, bases, móviles y portátiles	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 078, se ejecutaron los 4 mantenimientos durante la vigencia 2023.
11	4 Mtos trimestral para optimizar la fumigación	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 0094 de 2023, se llevaron a cabo 4 ciclos de fumigación durante la vigencia, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre.
12	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de vehículos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 1361 de 2022, contrato 100 de 2023 y el contrato 636 de 2023.
13	1 mantenimiento mensual a Jardines	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 0109 de 2023 donde se ejecuta mensualmente el mantenimiento de zonas verdes.
14	2 Mtos semestral correctivos de la infraestructura de las sedes urbanas de la ESE CEO	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se cumplieron los dos mantenimientos de la infraestructura de las sedes urbana con personal contratado por la Institución.

15	1 Mto anual preventivo de la infraestructura de las sedes rurales	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	4,5	Se realizó mantenimiento en 7 sedes de las 17 sedes rurales.
16	1 Mto anual, de recarga de extintores.	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Contrato 0339 de 2023, se contrato la revisión, recarga y mantenimiento de 207 extintores, recarga de 10 extintores de CO2 . Contrato 0701 de 2023 compra de 35 extintores.
TOTAL EN PUNTAJE			151,5	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			95%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de MANTENIMIENTO, se ubica en un rango de cumplimiento <b>OPTIMA</b> , con un porcentaje del <b>95%</b> .				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
Se recomienda tener contratos que permitan cumplir efectivamente el plan de mantenimiento. Adicionalmente contemplar la posibilidad que los ultimos contratos del año pasen a la nueva vigencia para asegurar el cumplimiento.				
Se reconoce el compromiso de la lider del área, con la ejecución del plan de mantenimiento de la Entidad. Se reconoce el compromiso de la Biomédica, la ingeniera ambiental y la lider de SST, quienes son transversales al área de mantenimiento y cumplieron a cabalidad su responsabilidad.				
<b>9. FIRMA:</b>				
				
Nombre: JAVIER HERNÁN CHANTRE CAMERO Auditor		Nombre: JAXIBER SÁNCHEZ CRUZ Lider de Control Interno		
<p>Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad.</p> <p>LINEA AMIGA 863 2828    WHATSAPP 304 384 99 92    ESE - Clínica Finca Chiriquá</p>				

 e.c. 55.153.643 de Novos.



FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:

ENERO A DICIEMBRE DE 2023

2. ENTIDAD:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR:

GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA (PLANEACIÓN)

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

\*Apoyar a la gerencia en el seguimiento de los procesos para el crecimiento mejoramiento de la institución.  
\*Realizar seguimiento a las metas de los indicadores de gestión por procesos y formular los planes de mejora por lo no cumplimientos.  
\*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.  
\*Implementación del modelo integral de planeación y Gestión (MIPG).  
\*Apoyar en la consolidación y elaboración del plan estratégico de gestión (indicadores plan de desarrollo).  
\*Apoyar en la consolidación y elaboración del plan de acción de la institución.  
\*Seguimiento del plan estratégico (Indicadores plan de desarrollo) y plan de acción de la Institución.

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Apoyar en la elaboración plan de desarrollo, realizar seguimiento, monitorización y evaluación	Actas de seguimiento al Plan de Desarrollo	10	Se evidencia que durante la vigencia 2023, la oficina de planeación realizó los respectivos seguimientos mensuales al plan de desarrollo.
2	Plataforma estratégica	Plataforma estratégica	10	Se logra evidenciar durante la vigencia 2023, apoyo en la actualización de la Plataforma estratégica de la entidad. El área de Planeación realizó actualización de todos los componentes de la Plataforma estratégica: Procesos, Procedimientos, Formatos y Documentos de apoyo.
3	Plan de desarrollo y el plan de acción aprobado	Documento aprobado	10	Se evidencia que el documento aprobado por Junta Directiva para el cuatrienio 2021-2024 y esta debidamente publicado en la pagina de la empresa.
4	Un plan anticorrupción	El plan anticorrupción 2023	10	Se evidencia durante la vigencia 2023, la oficina de planeación formuló y realizó seguimiento al plan anticorrupción y esta debidamente publicado en la pagina WEB de la empresa.
5	Una Matriz de riesgos	Mapa de riesgos 2023	10	Se puede evidenciar que por la vigencia 2023, la oficina de planeación formuló y realizó seguimiento a la matriz de riesgos de la Entidad y esta debidamente publicada en la pagina WEB de la empresa.
6	Matriz de transparencia	Reporte de ITA 2023	10	Se evidencia que la oficina de Planeación lideró el reporte de la Matriz ITA, cumpliendo el 100% del reporte a corte 30 de Septiembre de 2023 y obteniendo un resultado del 92% por parte de la Procuraduría.
7	N/A	Reporte mensual de la matriz SUI	10	Se deja evidencia que por la vigencia 2023, la oficina de planeación realizo el cargue de la informacion al SUI en debida forma y en las fechas estipuladas.

8	N/A	Reporte de formulario "Datos generales"	10	Se evidencia el cargue de los datos generales de la entidad en el portal SISPRO-Registro especial de prestadores de Salud REPS del MinSalud y Protección Social.
9	N/A	Formato:F12-Proyectos de inversión. F28-Relacion de informes(el correspondiente a planeación)	10	Se logro evidenciar que la informacion en el formato F12 y F28 esta debidamente cargado en la plataforma SIA
10	Matriz de normograma	Normograma 2023	10	Se evidencia seguimiento y actualizacion del normograma con corte a 31 de octubre de 2023
11	Un presupuesto PPSS	Presupuesto PPSS 2023	10	Se pudo evidenciar el cargue a la Plataforma SISPRO.
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.	0	No se evidencia el cumplimiento del indicador ya que no se logro poner en marcha la Fase 2 debido a que no se cumplieron con los requerimientos realizados por la Secretaria de Salud.
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	Se logra evidenciar que el Proyecto fue ejecutado en su totalidad y entregado a la comunidad el día 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.	0	No se evidencia el cumplimiento del indicador ya que no se logro poner en marcha la Fase 3 del Proyecto Palmas debido a que no se cumplieron con los estudios y diseños de capacidad instalada realizados por la Secretaria de Salud.
15	Formulación y gestión del proyecto de Equipo de Rayo X Sede Canaima	N/A	10	Se evidencia la ejecución 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	10	Se evidencia la realización de 6 comités con su respectiva resolución.
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 2022	#autodiagnósticos a evaluados/#total de autodiagnósticos a evaluar	10	Se evidencia la efectividad de los autodiagnósticos en cada política a evaluar y el éxito en el resultado del FURAG para la vigencia 2022 obteniendo un avance con respecto al 2021 de 3.3
19	Apoyar, socializar y capacitación sobre el MIPG	#de capacitaciones realizadas/# de capacitaciones programadas x100	10	Se evidencia la capacitación realizada por la Coordinadora de el área de Planeación.
20	Plan estratégico de gestión(indicadores plan de desarrollo)	Documento/acta	10	Se logoro evidenciar la socialización de los indicadores del Plan de Desarrollo en los comités de Gestión y Desempeño numeros 22, 23 y 24, las actas de dichos comités se encuentran en la pagina de la ESE CEO.  <a href="https://esecarmenemiliaospina.gov.co/actas-comite-institucional-de-gestion-y-desempeno/">https://esecarmenemiliaospina.gov.co/actas-comite-institucional-de-gestion-y-desempeno/</a>
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 desarrollo para la vigencia 2021-2024.
22	Elaboración informe trimestral	#de seguimientos realizados/#seguimientos programados	10	Se evidencia la realización de los seguimientos trimestrales programados, los resultados se encuentran en la pagina web de la ESE CEO, en el link.  <a href="https://esecarmenemiliaospina.gov.co/evaluacion-plan-de-desarrollo-trimestral/">https://esecarmenemiliaospina.gov.co/evaluacion-plan-de-desarrollo-trimestral/</a>
TOTAL EN PUNTAJE			200	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			91%	

**7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:** En lo relacionado al cumplimiento del area de PLANEACION, dentro de la matriz de calificación se ubica en un rango de evaluación **ADECUADA**, debido a que la calificación final se encuentra en un 91% de cumplimiento de sus actividades.

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

**9. FIRMA:**

Nombre: VICTOR LEONEL GÓMEZ TOVAR

Auditor

Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ



Lider de Control Interno



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina

		FORMATO <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN</b>			
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CI-S1-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1
<b>1. FECHA DE CORTE:</b>		<b>ENERO A DICIEMBRE DE 2023</b>			
<b>2. ENTIDAD:</b>		<b>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>			
<b>3. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b>		<b>SALUD OCUPACIONAL</b>			
<b>4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b>		*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 DE RESULTADOS	
1	Dar cumplimiento a la actualización de la matriz IVR	No. de revisiones programadas/No. de revisiones realizadas.	5	Se verifica la actualización faltando logo de MIPG, no se visualizan las revisiones a la matriz.	
2	Dar cumplimiento a la actualización de la matriz legal	Numero de revisiones programadas/numero de revisiones realizadas.	10	Se encuentra la matriz normograma institucional actualizado a la fecha.	
3	Dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones	No. de capacitaciones programadas/No. De capacitaciones realizadas x 100	8	Se programaron para la vigencia 15 capacitaciones, de las cuales se realizaron 12.	
4	Dar cumplimiento a los programas SG-SST	No. de programas elaborados/No. De programas ejecutados x 100	10	Se evidencia dentro del plan anual de trabajo 8 programas, PROGRAMA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS, PROGRAMA SEGURIDAD VIAL, PROGRAMA DESORDENES MUSCULO ESQUELETICO, PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PROGRAMA DE RIESGO PSICOSOCIAL, PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS, PROGRAMA DE RIESGO BIOLÓGICO e IONIZANTES.	
5	Dar cumplimiento a una completa señalización	No. de inspecciones programadas/No. De inspecciones ejecutadas x 100	7	No se evidencia la programación de inspecciones para ser ejecutadas, la señalización es realizada según la necesidad, realizandosen en Vegalarga (señalización completa), el colegio, cedral, caguan, piedra marcada, palestina, san Antonio y Caimi.	
6	Dar cumplimiento al seguimiento de los comités COPASS	No. de reuniones programadas/No. De reuniones ejecutadas x 100	5	Se programan 12 comites para la vigencia, realizandosen de forma mensual, sin encontrar evidencias de desarrollo en su totalidad.	
7	Cumplir con las revisiones e inspecciones frente al uso de EPP	No. de inspecciones programadas/No. De inspecciones ejecutadas x 100	10	Se encuentran evidencias de inspecciones realizadas, evidenciando programación dentro del plan de trabajo para su evaluación programadas ejecutadas.	
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 puede visualizar el desarrollo de las actividades programadas dentro del plan de trabajo	
9	Cumplimiento a los planes hospitalarios de emergencia	No. PHE elaboradas/No. De PHE actualizados x 100	10	Se actualizaron 5 planes hospitalarios encontrados en el plan de trabajo sin encontrar CAIMI siendo esta programación en enero, de igual forma se realizo para poder habilitado.	
10	Dar cumplimiento al cronograma de formación y entrenamiento de brigadistas	No. de entrenamientos programados/No. De entrenamientos ejecutados	10	Se programaron 3 entrenamientos visualizados en el plan de trabajo y evidenciando su cumplimiento, donde la ESE CEO participo del simulacro nacional de respuesta a emergencias certificado por la secretaria de gestión del riesgo municipal	

11	Dar cumplimiento al seguimiento de los comité de emergencias	No. de reuniones programadas/No. De reuniones ejecutadas x 100	10	Se desarrollaron 4 reuniones, marzo socialización del plan y tema de semana santa, abril festival de san pedro, alteraciones orden publico jornada de elecciones municipales y departamental y noviembre temporada Decembrina.
TOTAL EN PUNTAJE			95	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			86%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de SALUD OCUPACIONAL , se ubica en un rango de evaluación <b>ADECUADA</b> , debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 86% cumpliendo sus actividades en su totalidad				
<b>8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>				
· Se recomienda hacer seguimiento a cada una de las matriz de su área				
· Se debe hacer cronogramas de inspecciones				
<b>9. FIRMA:</b>				
				
Nombre: Ana Tilde Rodríguez León Auditor		Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ Líder de Control Interno		
<small>Buscamos la excelencia por su salud. Dentista y odontólogo</small>    <small>ESE Ciénega Fútbol Club</small>				





FORMATO  
**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14



VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		<b>ENERO A DICIEMBRE DE 2023</b>		
2. ENTIDAD:		<b>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</b>		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		<b>SIAU</b>		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Crea red de lideres comunitarios que permita fortalecer la prestación de los servicios en la comunidad.          *Garantizar el mejoramiento del Call Center promoviendo nuevas estrategias.          *Fortalecer canal de escucha con la comunidad          *Articular con el área de calidad para identificar las principales causas de insatisfacción del usuario          *Brindar permanentemente entrenamiento y capacitación al personal de SIAU          *Diseñar metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes          *Fortalecer el proceso de atención al cliente          *Ejecutar estrategias de escuchar al cliente sin barrera          *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 DE 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.	10	Se pudo evidenciar que de las 24 reuniones programadas para la vigencia 2023 se efectuaron 32.
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%.	8,5	Se evidencia que en el año 2023 las llamadas recibidas fueron 478.475, llamadas atendidas fueron 375.028 teniendo un % de efectividad del 78%, teniendo en cuenta que la meta establecida para el cubrimiento de las llamadas es el 92%.
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 2023 el total de manifestaciones recibidas en los diferentes canales fueron de 1389, de las cuales 964 son PQRSD y 425 felicitaciones, excediendo la meta para el 2022 de 789 manifestaciones. Las cuales fueron recibidas por medio de los diferentes accesos que tienen los usuarios.
4	Reducir el número de insatisfacciones de forma escalonada hasta un mínimo aceptable	N° de insatisfacción/N° total manifestación	0	En el año 2023, se recibieron un total de 1389 manifestaciones, con un reporte de 964 insatisfacciones que equivale al 31%, donde la meta establecida para la vigencia del 2023 era no mayor al 25%. Se evidencia un alza en el reporte de las manifestaciones debido a la inconformidad de los usuarios en el área de urgencias.
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 2023, se programaron 12 capacitaciones a los auxiliares administrativos SIAU y se realizaron 18 las cuales se realizaron de forma eficiente.
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 2023 y se realizaron 31.918 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 2023 se tiene establecida como meta garantizar 12 Horas de atención al usuario en la línea amiga, de las cuales se garantizan 10 horas diarias.



		FORMATO <b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN</b>			
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CI-S1-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2023			
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 DE 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	Se evidencia el cumplimiento del proceso de inducción al personal nuevo de la entidad durante la vigencia 2023.	
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	Se evidencia el cumplimiento del proceso de inducción al personal nuevo de la entidad en el área de trabajo durante la vigencia 2023.	
3	Medir los conocimientos y la satisfacción del proceso de inducción.	Nivel de apropiación del proceso de inducción de 1 a 5	10	Se evidencia nivel de apropiación en el proceso de inducción del personal.	
4	Brindar apoyo y conocimiento al personal que obtenga de calificación menor 3 e igual de 3.	N/A	10	No se pesentaron calificaciones menores o iguales a 3, durante la vigencia 2023.	
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	10	Se evidencian 8 certificaciones en diplomado de Formador de Formadores.	
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	Acta de aprobación No. 01-2023 del 06-02-2023. Acta de aprobación No. 002-2023 de 21-03-2023 Acta de aprobación No. 003-2023 de 04-05-2023. Acta de aprobación No. 005-2023 de 31-07-2023. Acta de aprobación No. 006-2023 de 03-11-2023.	
7	Cumplimiento del cronograma, la difusión y convocatoria de participación	No. De personas capacitadas/No. Total del personal *100	10	Durante la vigencia 2023 se contrataron 742 personas, de las cuales el 100% fue capacitada. Reposa en la carpeta de evidencia, se evidencia en el link de MIPG de la página web de la Entidad.	
8	Elaboración de los planes de capacitación, bienestar social e incentivos en forma anual, elaboración de planes de capacitación y de bienestar social e incentivos en forma anual.	Numero de planes elaborados.	10	Resolución 33 del 25 de enero de 2023 por la cual se adopta el plan de bienestar social estímulos e incentivos de la ESE Carmen Emilia Ospina para la vigencia fiscal del año 2023. Resolución 36 de 26 de enero de 2023, por la cual se adopt el plan anual de capacitación de la ESE Carmen Emilia Ospina para la vigencia fiscal 2023.	

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	El plan de capacitación y el plan de bienestar social e incentivos se ejecutaron al 100%. Las actividades propuestas se desarrollaron.
10	Desarrollar la política de inclusión social con el fin de cumplir con la LEY 1816 del 2013	Numero de personas discapacitadas contratadas/No. total de personas vinculadas a la ESE CEO.	10	Durante la vigencia 2023, se vincularon 10 personas en situación de discapacidad y existen 7 personas vinculadas a la planta global de la Entidad, quienes se encuentran en proceso de calificación en la Junta Nacional de Calificación
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	Durante la vigencia 2023, se validaron 527 títulos, los cuales corresponden a la totalidad del personal nuevo durante la vigencia.
<b>TOTAL EN PUNTAJE</b>			110	
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA</b>			100%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de TALENTO HUMANO, se ubica en un rango de cumplimiento OPTIMA, con un porcentaje del 100%.

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

Se reconoce el compromiso de la líder del área, con la ejecución de los indicadores del área de Talento Humano.

**9. FIRMA:**

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



FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2023		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		TECNICO CIENTIFICA		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Fortalecer la prestación del servicio de salud a través de la implementación de un modelo de atención, que garantice la calidad, oportunidad y satisfacción en el usuario, cumpliendo con los indicadores en salud.</p> <p>*Ofertar rutas de atención integral que garanticen una prestación de servicio sin barreras.</p> <p>*Ejecutar convenios como PIC y ETV en articulación con los entes territoriales para cumplimiento de indicadores en salud pública.</p>		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE 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.	5	Cumplimiento del 40% de alcance para un total de 400 inducciones y reinducciones, según informe de gestión del área técnico-científica.
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	Se alcanzó una cobertura del 80% que corresponde a 9865 usuarios educados en la estrategia IAMI.
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.	5	Mediante resolución 168 del 23 de marzo de 2023, se actualiza la resolución 047 del 23 de febrero de 2011, por la cual se adoptó la política Institucional de los servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes para la ESE Carmen Emilia Ospina, se contó durante el año 2023 con un espacio de servicios amigables en la Sede Canaima
4	Actualizar el modelo de prestación de servicios de salud	Modelo de prestación de servicios y portafolio de servicios de salud actualizado.	10	Resolución 412 del 8 de noviembre de 2021 "Por la cual se crea la Política de prestación de servicios en salud para la E.S.E. Carmen Emilia Ospina y se actualiza el modelo de prestación de servicios en salud institucional"
5	Documentar la política de prestación de servicio de salud.	Política documentada	10	Resolución 412 del 8 de noviembre de 2021 "Por la cual se crea la Política de prestación de servicios en salud para la E.S.E. Carmen Emilia Ospina y se actualiza el modelo de prestación de servicios en salud institucional"
6	Definir los indicadores según los procesos.	Proporción de indicadores analizados mensualmente	10	Se monitorean mensualmente y se socializan a través del comité técnico científico de manera trimestral.
7	Garantizar el análisis mensual de la oferta y la demanda a través de indicadores.	Proporción de indicadores analizados mensualmente	10	Se monitorean mensualmente y se socializan a través del comité técnico científico de manera trimestral.

8	Definir los indicadores según los procesos.	Proporción de indicadores analizados mensualmente	10	Se monitorean mensualmente y se socializan a través del comité técnico científico de manera trimestral .
9	Aumentar al 70% la proporción de personas con hipertensión arterial (HTA), estudiadas para enfermedad Renal crónica (ERC)	Cociente entre numero de pacientes solo hipertensos con medicion de creatinina en el ultimo año/numero total de pacientes con solo hipertensión.	10	Se evidencia cumplimiento del 78% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
10	Aumentar al 62% proporción de personas con diabetes Mellitus, estudiadas para enfermedad Renal Crónica(ERC)	Numero de pacientes con solo diagnostico de DM con medición de creatinina en el ultimo año/Numero total de pacientes con solo DM	10	Se evidencia cumplimiento del 77% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
11	Aumentar al 65% proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	Numero de pacientes con diagnostico de hipertensión Arterial con cifras tencionales por debajo de 140/90 mmHG en el ultimo año/numero total de pacientes diagnostico de Hipertensión Arterial	10	Se evidencia cumplimiento del 85% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
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 clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención hipertensiva adoptadas por la ESE/ Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la	10	Se evidencia cumplimiento del 93% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
13	Lograr un 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Numero de mujeres gestantes a quienes se le realizo por lo menos una valoración medica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESE, a mas tardar en la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes identificadas.	10	Se evidencia cumplimiento del 87% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
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	Se evidencia cumplimiento del 88% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
15	Mantener en un 10% la proporción de gestantes con 4 o mas controles prenatales	Numero de gestantes con cuatro o mas controles prenatal/Total de gestantes en control prenatal*100	10	Se evidencia cumplimiento del 67% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.

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	Se evidencia cumplimiento del 96% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
17	Mantener en 90% la proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	Numero de gestantes a las que se les realizaron las tres pruebas diagnosticas para sífilis durante el embarazo/Numero total de gestantes de los últimos 6 meses reportadas*100	10	Se evidencia cumplimiento del 96% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
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 entre 15 a 49 años designadas para atención para la	10	Se evidencia cumplimiento del 36% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
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 atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia	10	Se evidencia cumplimiento del 87% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión.
20	Mantener en un 80% la proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el ultimo 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	Se evidencia cumplimiento del 128% a corte de diciembre de 2023, según informe de gestión, obedece a un rescate de información de las mujeres que en periodo anterior entre dos y tres años ya habían sido tamizadas y que para el año 2023, no le corresponde hacer procedimiento, por el esquema 1-3-3
21	Realizar el 95% de las brigadas en salud área urbana programadas	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	Durante la vigencia 2023 se cumplieron las brigadas programadas en la zona urbana
22	Mantener en 80% de las consultas bajo modalidad domiciliaria	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	0	El servicio de consulta bajo la modalidad domiciliaria se prestó hasta que duró la emergencia sanitaria por COVID.
23	Realizar el 100% de las brigadas en salud área rural programadas	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	Durante la vigencia 2023 se cumplieron las brigadas programadas en la zona rural
24	Documentar las rutas de cáncer en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	GDR-S8-D6 versión 1 GDR-S8-D7 versión 1 GDR-S8-F2 versión 5 GDR-S8-F3 versión 2 GDR-S8-P1 versión 2 GDR-S8-P2 versión 2 GDR-S8-P3 versión 2 GDR-S8-P4 versión 2

25	Documentar la ruta de enfermedades pulmonares crónicas en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	GDR-S4-D1 versión 1 GDR-S4-D2 versión 1 GDR-S4-D3 versión 1 GDR-S4-D4 versión 1 GDR-S4-D5 versión 1 GDR-S4-D6 versión 1 GDR-S4-D7 versión 1 GDR-S4-D8 versión 1 GDR-S4-D9 versión 1 GDR-S4-D10 versión 1 GDR-S4-D11 versión 1 GDR-S4-D12 versión 1 GDR-S4-D13 versión 1 GDR-S4-D14 versión 1 GDR-S4-D15 versión 1 GDR-S4-D16 versión 1 GDR-S4-D17 versión 1 GDR-S4-D18 versión 1 GDR-S4-D19 versión 1 GDR-S4-D20 versión 1 GDR-S4-G9 versión 2 GDR-S4-G10 versión 2 GDR-S4-G11 versión 2 GDR-S4-P1 versión 1 GDR-S4-P2 versión 1
26	Documentar la ruta de alteraciones nutricionales en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	GDR-S5-D1 versión 1 GDR-S5-D2 versión 2 GDR-S5-D3 versión 1 GDR-S5-P1 versión 1
27	Documentar la ruta de salud bucal en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	SA-S2-D1 versión 5 SA-S2-D2 versión 4 SA-S2-D3 versión 5 SA-S2-D4 versión 4 SA-S2-D6 versión 4 SA-S2-D7 versión 2 SA-S2-D8 versión 4 SA-S2-D18 versión 4 SA-S2-D20 versión 3 SA-S2-G1 versión 2 SA-S2-G7 versión 5 SA-S2-G8 versión 2 SA-S2-G9 versión 1 SA-S2-G10 versión 1 SA-S2-G11 versión 1 SA-S2-G12 versión 1 SA-S2-G13 versión 1 SA-S2-G14 versión 1 SA-S2-M1 versión 1 SA-S2-M4 versión 5 SA-S2-M7 versión 8 SA-S2-M9 versión 4 SA-S2-P1 versión 8 SA-S2-P2 versión 8 SA-S2-P3 versión 7 SA-S2-P7 versión 2
28	Elaborar, actualizar y socializar documento de atención que incluya las rutas integrales de atención de violencia, violencia de género y sexuales.	Ruta documentada	10	GDR-S10-D1 versión 1 GDR-S10-D6 versión 1 Documentos socializados según actas de asistencia.
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	GDR-S6-D3 versión 1 GDR-S6-F6 versión 2 Documentos socializados según actas de asistencia.
30	Continuar la prestación del servicio de salud bajo la modalidad de teleconsulta	Numero de teleconsultas atendidas x 100/Numero de teleconsultas agendadas	0	El servicio de consulta bajo la modalidad teleconsulta se prestó hasta que duró la emergencia sanitaria por COVID.

31	Implementar la modalidad de telemedicina para la prestación del servicio por dos (2) especialidades en la institución	Numero de especialidades implementadas bajo la modalidad de telemedicina en la institución	0	No se impelentaron las dos especialidades bajo la modalidad de telemedicina.
32	Documentar y/o actualizar el proceso de toma y traslados de muestras	Documento elaborado	10	ADT-S2-P1 versión 6
33	Documentar el proceso de realización de RX en la institución	Documento elaborado	10	ADT-S1-P1 versión 4 ADT-S1-P2 versión 7 ADT-S1-P4 versión 2
34	Documentar el proceso de realización de ecografía en la institución	Documento elaborado	10	ADT-S1-P3 versión 5
35	Matriz de seguimiento de actividades estructurada y documentada	Matriz de seguimiento	10	Se cuenta con matriz de seguimiento de actividades para el fortalecimiento de los procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico
36	Documentar el proceso de plan de cuidado de enfermería de la institución	Documento elaborado	10	Resolución 419 de 2021, por el cual se adopta el modelo general de enfermería de la teorista DOROTHEA OREM, para la documentación, socialización e implementación del plan de cuidados de enfermería para la ESE Carmen Emilia Ospina Manual actualizado CU-S1-M4 versión 5
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% las actividades del plan de contingencia COVID 19 y la atención domiciliaria 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 COVID 19, pruebas COVID 19 y la atención domiciliaria; notificación de eventos al SIVIGILA con la secretaria de salud municipal y departamental. Vacunación COVID
39	Mantener 16, 4 casos por 100.000 habitantes	TASA DE INCIDENCIA DE TBC*100.000 USUARIOS	10	Tasa de incidencia para la vigencia 2023 es del 25,5
40	Se reduce o mantiene la letalidad por dengue grave a <2%	Porcentaje de letalidad por dengue	10	No se presentaron muertes por dengue durante la vigencia 2023.
41	0 casos	Tasa de incidencia de sífilis CONGENITA X 1000 nv.	10	No se presentaron casos de sífilis congénita durante la vigencia 2023.
42	0 casos	Tasa mortalidad materna evitable x 1000 nv	10	No se presentaron casos de mortalidad materna durante la vigencia 2023
43	Mantener en un 95% los reportes al SIVIGILA	Porcentaje de cumplimiento	10	Se cumplió en el 99.9% el reporte de los eventos al SIVIGILA durante la vigencia 2023.
44	Garantizar el 100% proporción del cumplimiento del plan de capacitación anual	Porcentaje de cumplimiento de plan de capacitación anual	10	Durante la vigencia 2023, se programaron 37 capacitaciones de las cuales se realizaron en su totalidad, evidencia presentada por la oficina
45	Diseñar tres (3) rutas integrales en atención en salud que incluya especialidades	Rutas diseñadas e integradas	10	Se tienen implementadas las rutas de promoción y mantenimiento de la salud en la cual va pediatría y medicina familiar, ruta maternoperinatal con ginecobstetra, 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 se socializó con nueva eps la oferta de servicios por especialidad.

47	Ejecutar el 100% de las metas	metas ejecutadas/metras contratadas*100	9	NO se cumplieron las metas al 100% de los convenios suscritos durante la vigencia 2023
48	Contratar el 100% del recurso humano requerido para el cumplimiento de las obligaciones contractuales del convenio.	Recurso humano contratado/recurso humano planeado*100	10	Se contrata el personal necesario para ejecutar los convenios
49	Matriz de seguimiento de actividades estructurales y documentada.	Matriz de seguimiento por convenio	6,6	No se cuenta con matriz de seguimiento para el convenio de APS
Total en puntaje			445,6	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			91%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área TÉCNICO CIENTÍFICA, se ubica en un rango de cumplimiento ADECUADA, con un porcentaje del 91%.

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, la entidad no ajustó indicadores que no se van a cumplir durante el cuatrenio

Mantener el grado de exigencia en el cumplimiento de meta gerenciales.

Continuar el ritmo de trabajo para dar los resultados esperados. Se reconoce el compromiso de la lider del área

9. FIRMA:

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

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LINEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

ESSE CONTAMINEMOS O ESPERO



FORMATO  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

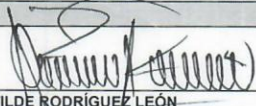
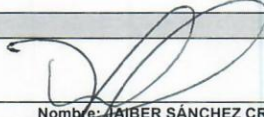



VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2023		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		TIC		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Garantizar la gestión y mantenimiento de los sistemas de información</p> <p>*Implementar apropiadamente el buen manejo de las herramientas desde el área TIC</p> <p>*Implementar y mantener estrategias y gobierno de TIC institucional</p> <p>*Definición de una infraestructura tecnológica de alta disponibilidad, consistente, en desempeño eficiente y confiable</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 DE RESULTADOS
1	100% puesta en marcha de las actualizaciones de los programas	No. de actualizaciones programadas/No. De actualizaciones realizadas	5	Para la vigencia del 2023, se desarrolló una actualización al sistema del SIMAD por medio del contrato N°647-2023, con la entidad AUREA SAS, aclarando que que el sistema INDIGO no fue actualizado.
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	Evaluando el mapa de riesgos seguridad de la información, se analizaron ocho riesgos de los cuales fueron mitigados; Hasta el mes de noviembre de 2023, se contó con el antivirus ESET, adquirido mediante contrato No.01173 de 2022; posteriormente por medio de la subgerencia se obtiene en demo el antivirus SOPHOS, el cual es compatible con la administración del FIREWALL SOPHOS. De igual forma se adquieren las licencias de soporte remoto ISL, reduciendo el riesgo que se tenía por utilizar herramientas gratis (ANYDESK). La matriz de riesgo de TICS se encuentra publicada en la página web de la entidad.
3	100% Crear políticas organizacionales para la implementación, evaluación, adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología	No. de políticas solicitadas/No. De políticas entregadas	10	Para la vigencia 2023 se solicitaron 2 políticas la cuales fueron construidas: * POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL - chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mapaprocesos.esecarmenemiliaospina.gov.co/mapa/3.%20Gesti%C3%B3n%20del%20conocimiento%20y%20la%20innovaci%C3%B3n/ 2.%20Subprocesos/1.%20Sistemas%20inform%C3%A1ticos/ 4.%20Documentos%20de%20apoyo/GCI-S1-D13-V1Politica_gobierno_digital.pdf *POLÍTICA DE SEGURIDAD DIGITAL - chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mapaprocesos.esecarmenemiliaospina.gov.co/mapa/3.%20Gesti%C3%B3n%20del%20conocimiento%20y%20la%20innovaci%C3%B3n/ 2.%20Subprocesos/1.%20Sistemas%20inform%C3%A1ticos/ 4.%20Documentos%20de%20apoyo/GCI-S1-D9-V3Politica_de_seguridad_digital.pdf

4	100% Diseñar un proceso para la implementación y evaluación de la seguridad del uso de tecnología al interior de la ESE Carmen Emilia Ospina.	No. de manuales planteados/No. De manual implementados	10	Se evidencias 6 manuales los cuales son implementados en su totalidad, realizando ajustes al manual: MANUAL USUARIO EN EL MANEJO DEL SIMAD chrome-extension://efaidnbmnnpbpcjpcgclcfndmkaj/https://mapaprocessos.esecarmenemiliaospina.gov.co/mapa/3.%20Gesti%3%B3n%20del%20conocimiento%20y%20la%20innovaci%3%B3n/2.%20Subprocesos/1.%20Sistemas%20inform%3%a1ticos/2.%20Manuales/GCI-S1-M4-V2Usuario_en_el_manejo_de_simad.pdf
5	100% Realizar el soporte técnico de los equipos dispuestos en los diferentes puntos de atención, de tal forma que se garantice el buen funcionamiento de los mismos.	No. de actividades programadas/No. De actividades ejecutadas	10	Para la vigencia 2023 se programaron 823 mantenimientos a equipos los cuales se realizaron de uno a tres preventivos además de los correctivos.
6	100% Documentar el plan de capacidad, 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	Se encuentran dentro del mapa de procesos 13 procedimientos documentados e implementados en su totalidad, los cuales fueron actualizados cumpliendo con los lineamientos de MIPG para la vigencia 2023.
7	100% Poner en funcionamiento del módulo de asignación de citas disponible en la página web institucional. Evaluar la efectividad del módulo.	Modulo asignación de citas	10	Se cuenta con el link <a href="http://179.1.192.29:5002/">http://179.1.192.29:5002/</a> para Citas WEB by Indigo, en la página Web de la <a href="https://esecarmenemiliaospina.gov.co/">https://esecarmenemiliaospina.gov.co/</a>
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 2023 se dieron de baja 5 equipos y se adquirieron A través del contrato 570 de 2023. 19 equipos AIO, 2 servidores y 5 scanner.
9	100% Elaboración del plan de diagnóstico de redes categoría 5A categoría 6A en cada uno de los centros de salud de la ESE Carmen Emilia Ospina.	Plan elaborado	10	Se encuentra el plan de diagnostico elaborado.chrome-extension://efaidnbmnnpbpcjpcgclcfndmkaj/http://192.168.1.3/INTRANET/images/calidad/mapa3/3.%20Gesti%3%B3n%20del%20conocimiento%20y%20la%20innovaci%3%B3n/2.%20Subprocesos/1.%20Sistemas%20inform%3%a1ticos/4.%20Documentos%20de%20apoyo/GCI-S1-D6-V1Plan_estrategico_transicion_IPV4_a_IPV6.pdf
10	100% Diseñar, elaborar e implementar el procedimiento de custodia de activos de información.	procedimiento elaborado	10	Se puede evidenciar en la intranet el procedimiento elaborado e implementado actualizado de conformidad con los lineamientos de Mipg chrome-extension://efaidnbmnnpbpcjpcgclcfndmkaj/http://192.168.1.3/INTRANET/images/calidad/mapa3/3.%20Gesti%3%B3n%20del%20conocimiento%20y%20la%20innovaci%3%B3n/2.%20Subprocesos/1.%20Sistemas%20inform%3%a1ticos/1.%20Procedimientos/GCI-S1-P9-V2Custodia_activos_de_informacion.pdf
11	100% Elaborar y adoptar el procedimiento para la integridad, autenticidad, disponibilidad y preservación de los activos de la información.	procedimiento elaborado	10	Se encuentra el procedimiento elaborado e implementado, actualizado de conformidad con los lineamientos de Mipg Chrome-extension://efaidnbmnnpbpcjpcgclcfndmkaj/http://192.168.1.3/INTRANET/images/calidad/mapa3/3.%20Gesti%3%B3n%20del%20conocimiento%20y%20la%20innovaci%3%B3n/2.%20Subprocesos/1.%20Sistemas%20inform%3%a1ticos/1.%20Procedimientos/GCI-S1-P13-V1Integridad_autenticidad_disponibilidad_preservacion_activos_informacion.pdf
12	100% Elaboración del plan de diagnóstico de los sistemas de comunicación rural.	Diagnóstico elaborado	10	El proveedor de conectividad realiza y entrega al área TIC el Diagnostico Estado de Red Radio Enlaces Sedes Rurales ESE CARMEN EMILIA OSPINA

TOTAL EN PUNTAJE	115	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA	96%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al cumplimiento del área de TICS, se ubica en un rango de evaluación <b>OPTIMA</b> , debido a que la calificación final se encuentra en un 96% de cumplimiento de sus actividades.		
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:		
· Se recomienda continuar con el cruce de inventarios de activos de computo con el área de almacén		
· Se debe hacer la actualización al sistema de información INDIGO		
· Continuar con la socialización de procesos y procedimientos		
9. FIRMA:		
		
Nombre: ANA TILDE RODRÍGUEZ LEÓN		Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ
Auditor		Líder de Control Interno
<p style="text-align: center;"><i>Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad.</i></p> <p>  LÍNEA AMIGA 863 2828      WHATSAPP 304 384 99 92      ESE Carmen Erika Ospina </p>		

*Cruz*