



**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 2024**

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	De acuerdo a la resolución 07 de fecha 11 de enero de 2024 se aprobó el Plan Anual de compras se anexa el acta de presentación al comité de compras.
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	8	De acuerdo con el seguimiento realizado por el almacén se tiene soportados para la vigencia 2024 2.122 solicitudes de las diferentes áreas descontando 127 solicitudes anuladas, versus 3.009 Ordenes de traslado y 19 ordenes anuladas. Nota: la diferencia en las solicitudes frente a las ordenes de traslado se encuentran soportadas en SIMAD. En el procedimiento de almacén se tiene establecido las fechas de recepción de solicitudes de 10 a 12 las primeras y las segundas 23 hasta 27. Para entregas son del 15 al 18 y de 01 al 06
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	Se realizaron 7 inventarios aleatorios mensuales en las diferentes sedes urbanas y se realizaron de enero a diciembre la totalidad de los inventarios. Se anexan los documentos soportes de los inventarios de la vigencia 2024.
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.	0	Se realizaron los inventarios por las diferentes sedes de la entidad por lo menos de planta y equipos 1 en la vigencia 2024
		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)	3	Quedaron faltando por inventario Santa Isabel, / de Agosto y lo administrativo de Canaima. En proporción se inventariaron un 80% pero solo se hizo 1 en año.
TOTAL EN PUNTAJE			31	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			77.5%	

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 ADECUADA, debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 77.5 %.

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

- Se debe adquirir tecnología de lectores de código de barras para agilizar los inventarios y disminuir los errores de digitación.
- Se evidencia que se realizaron los inventarios pero no los planificados de propiedad planta y equipos por lo cual se califico bajo

9. **FIRMA:**

	
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR	Nombre: JABER SANCHEZ CRUZ
Auditor	Lider de Control Interno
<small>Escanea este código QR para acceder al sitio de ENE</small>	
 863 2828  304 384 99 92    ENE <small>Compañía de Energía</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:	ENERO A DICIEMBRE DE 2024
2. ENTIDAD:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:	ASESOR JURÍDICO

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:	<p>*Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del máximo órgano social, miembros de la junta directiva (u órgano equivalente) y la alta gerencia. *Revisar periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar el órgano colegiado.</p>
--	--

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS 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	Se anexo el formato requerido en donde se establecen inhabilidades e incompatibilidades.
		Establecer dentro del reglamento de Junta Directiva, la función, el término y objetivos para que los miembros evalúen las políticas institucionales y generen cambios.	5	Se manifiesta por parte del asesor jurídico de la gerencia que las funciones en mención se encuentran inmersas en el reglamento interno de la junta directiva.
TOTAL EN PUNTAJE			10	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			100%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se lleva a cabo el compromiso que se tenía como parate del cumplimiento institucional en un 100%

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:
Cambiar ese compromiso por otro para la vigencia 2025 que permita la mejora continua de la Gerencia en otras metas que requieran avance institucional.

9. FIRMA:

Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor	Nombre: JAIBER SANCHEZ CRUZ Lider 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 2024

2. ENTIDAD: ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: BIOMEDICO

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:
 *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		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	4 Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona urbana	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	8,6	Se programaron 27 mantenimientos de los cuales se realizaron solo 23, evidenciado en los contratos 0034, 0192 y 0369 de 2024
2	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona rural	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	8,9	Se programaron 36 mantenimientos de los cuales se realizaron solo 32, evidenciado en los contratos 0034, 0192 y 0369 de 2024
3	4 Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos odontológicos	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	8,7	Se programaron 64 mantenimientos de los cuales se realizaron solo 56, evidenciado en los contratos 0917 de 2023, 0051, 0365 de 2024.
4	2 Mtos semestral preventivo y correctivo refrigeradores horizontales /vacunación	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10	Se programaron dos actividades las cuales se ejecutaron.0034, 0192 y 0369 de 2024
5	1 vez al año supervisión para el cumplimiento de la ejecución de metrología de los equipos biomédicos	Numero de actividades realizadas/actividades programadas *100	10	Se programo una actividad como lo indica la matriz la cual se ejecuto. Contrato 040 IMCOLMETRIC S.A.S
6	Adquisición de la tecnología para el mejoramiento del servicio	Numero de equipos biomédicos obsoletos/numero total de equipos biomédicos *100	0	Durante la vigencia no hubo ninguna adquisición, teniendo en cuenta que lo existes corresponde a 1274 equipos de los cuales están obsoletos 37, correspondientes a un 2,9%, que se debió tener en cuenta para la adquisición de nueva tecnología.
60 TOTAL EN PUNTAJE			46,2	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			77%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de **BIOMÉDICA**, se ubica en un rango de cumplimiento **ADECUADA**, con un porcentaje del **77%**.

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:
 * Se recomienda tener prioridad a la adquisición de equipos biomédicos.
 *Priorizar los mantenimientos a equipos biomédicos y odontológicos.

9. FIRMA:

Nombre: ANA TILDE RODRÍGUEZ LEÓN Auditor	Nombre: JAVIER SÁNCHEZ CRUZ Asesor de Control Interno



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

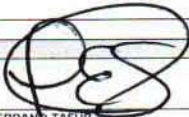
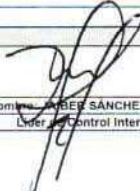

CODIGO: CI-S-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2024		
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	Presenta el soporte que demuestra la realización de la encuesta el 14 de agosto de 2024. Una vez aplicada, se procedió a analizar los resultados para implementar ajustes necesarios, con medidas respaldadas por la gerencia. Estas acciones se orientan a fortalecer el programa de seguridad del paciente, considerado uno de los objetivos fundamentales de la calidad del servicio en la entidad.
	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 normalidad vigente	Plan diseño	10	El modelo de mejoramiento de la calidad (GC-S3-D1- V4) fue actualizado y aprobado el 29 de abril de 2024. Incluye la incorporación de las diferentes fuentes de información y exigencia del componente SOGCS
3	Implementar el plan de monitorización de la calidad desde diferentes fuentes de información.	Proporción de acciones propuestas en el plan cumplidas	10	La herramienta (GC-S3-F38)PLAN DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD, consolida las actividades que son desarrolladas por los integrantes de la oficina de garantía de la calidad orientadas a fortalecer el mejoramiento continuo de la institución en pro del cumplimiento de los lineamientos establecidos en el S.O.G.C.S y así mismo obtener una mejora continua en el subproceso de PAMEC enfoque de acreditación. Aspectos relacionados y resultados presentados en comité de calidad y seguridad del paciente así: 1. Auditorías de ley y de otros procesos (Auditoría de GPC y diligenciamiento correcto HCL), medicina y odontología. 2. Monitorización del programa de seguridad del paciente. 3. Monitorización al programa de humanización. 4. Monitorización de avance en acreditación. 5. Monitorización del comportamiento de los indicadores del sistema de información para la calidad. 6. Monitorización de cumplimiento al sistema único de habilitación. 7. Monitoreo a comités institucionales. Un total de 97 ítem.
4	Elaborar informes y comunicar los resultados de la monitorización de la calidad, incluyendo el cumplimiento a los informes obligados por la norma	Número de comunicaciones anuales	10	Presenta los siguientes informes: 4.1. GE-S1-F12-V1) oficio_Primer informe de acreditación 2024 el cual contiene el informe de los resultados de Acreditación basados en la autoevaluación con enfoque de acreditación. 4.2. GE-S1-F12-V1) oficio_informe de ejecución PAMEC I semestre 24, contiene los resultados del despliegue de actividades del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC. 4.3. Presentación Cierre PAMEC 2024 comité de calidad y SP.pdf
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	Se cuenta con (23) actas de las cuales (11) corresponde al comité de calidad y seguridad del paciente, en las cuales se da lectura a los resultados del plan de monitorización de la calidad (incluye el informe de ejecución de actividades del PAMEC y el seguimiento a la calidad observada e indicadores reglamentarios, y del programa de seguridad del paciente) y doce (12) actas del comité de HCL, este contiene los informes de auditoría a GPC según el perfil epidemiológico y a HCL, tanto de médico como odontología general. Soportes: 5.1 Acta de comités de calidad y seguridad del paciente. 5.2 Acta de comités de Historias clínicas.
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	Presenta registros de asistencia a mesas de trabajo en asesoría e indicaciones de los requerimientos según norma de habilitación para los servicios nuevos que se planearon habilitar tanto en el área rural como telemedicina y servicios en CAIMI; Sedes rurales nuevas en san francisco, san Antonio y Guaciro los servicios medicina general, odontología y enfermería. Neiva modalidad telemedicina en medicina general, enfermería, especialidades, nutrición y sicología Se adjunta registros de asistencia de mesas de trabajo e informes de gestión de habilitación.
7	Diseñar un modelo de mejoramiento	Proporción de equipos de mejora establecidos en funcionamiento	10	7.1. GC-S3-D2-V2 Pamec_2024, documento diseñado para desarrollar en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en la salud en el 2024 por parte de la ESE Carmen Emilia Ospina y con esto obtener una mejora continua en el subproceso de PAMEC. 7.2. Inducción de calidad y socialización del PAMEC e informe primer semestre 2024. 7.3. Definidos mediante la resolución R-57-DE-2021-Conformación de equipos primarios trabajo de planeación y preparación al mejoramiento mejoramientos en acreditación de la ESE-CEO y comunicación interna envío responsables de los estándares. 7.4. Participar en las reuniones primer trimestre comité primarios, se adjuntan actas, se aporta registro de asistencia a mesas de trabajo de acompañamiento a cada uno de los equipos de mejoramiento.
	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	Presenta un informe comunicados por medio del SIMAD que contienen informe de ejecución actividades del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud - PAMEC año 2024 y presentación del cierre de PAMEC en el comité de calidad y seguridad del paciente acta de fecha 13/12/2024 Y GE-S1-F10 Informe de gestión anual 2024. Evidencia: 8.1. GE-S1-F12-V1) oficio_informe de ejecución PAMEC 2024. 8.2. GE-S1-F10 Informe de gestión anual 2024
9	Diseñar un plan de capacitación a los líderes en la gestión del mejoramiento continuo	Número de capacitaciones brindadas	10	Presenta los soportes de contratación del diplomado en estándares de acreditación para el fortalecimiento de las capacidades del talento humano, los registros de asistencia al diplomado y los registros de asistencia a las diferentes capacitaciones brindada sobre el despliegue de las actividades del PAMEC, Seguridad del paciente, humanización entre otros.

10	Liderar la implementación de la metodología de autoevaluación cualitativa y cuantitativa en estándares de acreditación	Proporción de grupos de estándares con autoevaluación	10	Presentan los soportes de las reuniones realizadas durante las mesas de trabajo, incluyendo los resultados obtenidos de la calificación de los estándares. Dos grupos de estándares de acreditación: Uno asistencial compuesto por once (11) estándares y otro de apoyo con (7) estándares. En total se intervinieron 18 grupos que abarcan 182 estándares aplicables a LA ESE CED conforme al marco normativo establecido. Resolución 5095 del 2018. Este manual de acreditación establece los requisitos y criterios para la acreditación en salud y la resolución 1328 del 2021 se incorpora por primera vez en esta evaluación, añadiendo nuevos lineamientos y estándares.
11	Implementar una metodología de priorización para el mejoramiento	Proporción de equipos de mejora que realizan priorización	10	Presenta la metodología de priorización para el mejoramiento institucional a través de la herramienta "GC-S3-F40-V1RC Selección de procesos a mejorar", la cual contempla la correlación de cada uno de los estándares de acreditación aplicables a la ESE CED con los procesos y subprocesos definidos en el mapa de procesos de la entidad. Además, se incluye la socialización realizada sobre este enfoque. Los equipos de mejora han sido debidamente constituidos para llevar a cabo este proceso.
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	Presenta la metodología de medición la calidad esperada en relación con el cumplimiento de estándares superiores de calidad, utilizando dos herramientas claves: Etapa IV y V. GC-S3-F41-V1 Definición calidad esperada -medición inicial - monitoreo seguimiento y GCS3F38V1 Plan monitorización calidad. Estas herramientas permiten la definición de la calidad esperada, la medición inicial y el monitoreo y seguimiento. La medición inicial se realiza trimestralmente, mientras que el monitoreo y seguimiento se lleva a cabo de manera mensual mediante el uso de la herramienta GCS3F38V1, que establece el plan de monitorización de la calidad. (2) Evoluciones
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	La definición de los mecanismos de observación de la calidad en relación con el cumplimiento de estándares superiores se fundamenta en las dos herramientas previamente mencionadas, las cuales facilitan la medición de la calidad observada. El proceso se apoya en un plan de monitorización y abarca siete grandes aspectos, con un total de (97) ítems de monitoreo aplicados a (47) indicadores. Este análisis se complementa con los resultados obtenidos de auditorías internas, el seguimiento realizado por los comités institucionales, los resultados derivados de la "voz del cliente" (PQRSDF), aspectos relacionados con la humanización de los servicios y los criterios establecidos para la autoevaluación de habilitación y monitoreo a resultados de indicadores. GC-S3-F39-v1 Cronogramas actividades PAMEC_H1
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	Presenta registros de asistencia que acompañan en mesas de trabajo la definición de las acciones de mejora necesarias para alcanzar la calidad deseada, basados en la ruta crítica (autoevaluación, calificación, priorización, formulación de plan de mejoramiento entre otros)
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	9	Presenta la herramienta de evaluación para el seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, GC-S3-F47-V1 Evaluación de planes de acción o planes de mejoramiento. Esta herramienta evalúa un total de 8 planes de mejoramiento, de los cuales uno corresponde al plan de mejoramiento PAMEC, con un cierre de ejecución del X%
16	Capacitar en análisis de problemas relacionados con la calidad en la prestación de servicios a los líderes de los procesos asistenciales y de apoyo	Número de capacitaciones relacionadas con la calidad de la prestación de servicios	8	Presentan las necesidades identificadas para capacitar a los líderes de los procesos asistenciales y de apoyo en el análisis de problemas relacionados con la calidad en la prestación de servicios. Estas necesidades están documentadas en la herramienta "GTH-S2-F2 Identificación de necesidades de capacitación 2024". El proceso de talento humano establece, además, el plan de capacitación anual y el control de los registros de asistencia. Asimismo, se presentan las herramientas de los diferentes temas de capacitación, acompañadas de los registros de asistencia.
17	Capacitar en diseño y análisis de indicadores a los líderes de los procesos asistenciales y de apoyo	Número de capacitaciones en diseño y análisis de indicadores relacionados con la calidad en la prestación de los servicios	10	Presenta registros de asistencia de capacitación en diseño y análisis de indicadores a los líderes de los procesos asistenciales y de apoyo.
TOTAL EN PUNTAJE			167	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			98%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de CALIDAD , se ubica en un rango de cumplimiento ÓPTIMO, con un porcentaje del 98% .				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
9. FIRMA:				
				
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor			Nombre: FABER 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



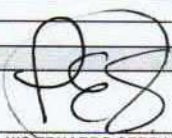

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2024		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		COMUNICACIONES		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<ul style="list-style-type: none"> *Implementar una herramienta TIC para la asignación de citas de manera virtual. *Elaborar la estrategia de comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina. *Establecer la política de comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina. *Fortalecer la imagen institucional de la ESE Carmen Emilia Ospina. *Hacer seguimiento al despliegue de la información de la institución presentada a través de medios de comunicación local y/o regional. *Posicionar la imagen de la ESE Carmen Emilia Ospina en el ámbito local y regional. *Divulgar de manera permanente información sobre actividades de cada uno de los programas que adelanta la ESE. *Hacer uso de herramientas comunicativas existentes en la entidad. *Actualizar y manejo de herramientas TIC a través de la publicación de información en canales digitales y redes sociales oficiales. *Rendición de cuentas. *Construir el portafolios de servicios de la ESE Carmen Emilia Ospina. * Actualización link transparencia y acceso a la información pública. *Definir una propuesta valor establecida. *Fortalecimiento de la comunicación entre la ESE CEO y los representantes de los usuarios. 		
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Módulo de asignación de citas en la página web	Un módulo web para asignación de citas	10	Se verifica en página web la creación y el funcionamiento del módulo de asignación de citas.
2	Aplicación de encuestas al cliente interno y externo	Aplicación de encuesta según muestra calculada	10	Teniendo como base de encuestas 300, se realizaron 496, cumpliendo así la expectativa de las encuestas por realizar/realizadas.
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 evidencia la creación del documento construido de diagnostico, teniendo en cuenta el cliente interno y externo.
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	Se evidencia la creación de documento donde contiene el plan estratégico de comunicaciones, el cual fue socializado el 16 de septiembre de 2024 y en el mes de noviembre.
5	Política de comunicación ESE Carmen Emilia Ospina	Una política de comunicación establecida en mapa de procesos	10	Se encuentra la política formulada y actualizada a fecha de 27 de diciembre de 2024
6	Articulación contenidos que aporten a la imagen, construcción de diseños aplicables a los diferentes formatos, ejemplos de utilidad de la imagen corporativa, plantillas descargables.	Un manual de imagen e identidad corporativa	10	Se evidencia el documento-manual manual de imagen e identidad corporativa con ultima actualización el 27 de diciembre de 2024.

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 documento-manual de comunicaciones con última actualización el 27 de diciembre de 2024.
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	Se evidencian dos contratos para el diseño, elaboración y difusión de piezas informáticas y publicitarias a través de medios de comunicación locales y regionales. (CTO 094 y 355). Se realiza seguimiento a través de reuniones internas evaluando su impacto además de seguimiento mes a mes.
9	Seguimiento a los mensajes enviados de acuerdo a la participación de la población en los diferentes programas y servicios.	Seguimientos anuales	10	seguimiento a través de reuniones internas mensuales durante la vigencia 2024. Evidencias de seguimiento mensuales de publicaciones en medios sobre temáticas institucionales
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	7	Se cuenta con las evidencias fotograficas del acompañamiento mes a mes de las campañas educativas y eventos internos y externos.
11	Construir boletines de prensa para medios internos y externos	Boletines enviados y publicados	10	Se tienen los boletines organizados mensualmente con los respectivos soportes.
12	A través de la recopilación y construcción de notas e interés, diagramar y divulgar el boletín institucional	Boletín EnterESE	10	Se cuenta para la vigencia 2024 con 4 ediciones publicadas en el portal WEB de la entidad.
13	Recopilar Información para actualizar la pagina web	Actualización de información	9	Se actualiza la información de la pagina a travez de boletines de noticias internos y externos.
14	Recopilar información para actualizar la pagina Intranet	Actualización de información	10	Se realizo la actualización de la intranet a travez de solicitudes de Talento Humano, Gerencia y otros además de la noticias que periodicamente se publican.
15	Recopilar información y realizar impresión para visitas y actualizaciones de carteleras en los centro de salud	Actualización de información	8	Se cuenta con evidencias fotograficas de la actualizacion de las carteleras en la zona urbana y rural.
16	Recopilar información para la actualización de carteleras digitales en los centros de salud	Actualización de información	5	Se cuenta con evidencias fotograficas mensuales de la información que fue actualizada.
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)	2.5	Se realizo la actualización en la red social FACEBOOK oficial de la institución durante la vigencia 2024.
		Actualización de información (Banners, videos, imágenes, información escrita)	2.5	Se realizo la actualización en la red social X oficial de la institución durante la vigencia 2024.
		Actualización de información (Banners, imágenes, videos)	2.5	Se realizo la actualización en la red social INSTAGRAM oficial de la institución durante la vigencia 2024.
		Actualización de contenidos audiovisuales	2.5	Se realizo la actualización en la red social YOOTUBE oficial de la institución durante la vigencia 2024.

18	Verificar la reglamentación descrita en el manual de rendición de cuentas para el desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas (inscripción, convocatoria, evento)	Evento de rendición de cuentas	10	En la Vigencia 2024 se realizó de acuerdo a lo reglado en el manual de rendición de cuentas las etapas de inscripción, convocatoria y el evento que se desarrolló el 19 de marzo de la vigencia mencionada.
19	Recopilar información sobre los servicios ofertados al interior de las diferentes sedes y centros de salud de la entidad para la construcción de un portafolio	Portafolio digital	10	El portafolio se actualizó para la vigencia 2024 y se publicó en la página WEB de la institución como lo pide la transparencia. Lo anterior se soporta con el documento que incluye el portafolio actualizado y puede ser validado en el portal web www.esecarmenemiliaospina.gov.co
20	Actualizar la información presente en el link de transparencia y acceso a la información pública correspondiente a los enlaces de: -Mecanismos de contacto -Información de interés -Estructura orgánica y de talento humano -Accesibilidad en Web -Transparencia Covid -19 De tal forma que las visitas a este espacio sean agradables y la información esté detallada, vigente y clara.	Enlaces de link actualizados	10	En tema de covid se publicó la resolución respectiva al igual que los mecanismos de contacto, Información de Interés, Estructura Orgánica y de Talento Humano, Accesibilidad en la web.
21	Establecer una propuesta valor para la entidad soportada en la cultura organizacional, infraestructura, manejo seguro y eficiente de los sistemas de información y las comunicaciones y atención preferencial y de calidad.	Documento de propuesta formulada y difundida	10	En la vigencia 2024 se socializó la propuesta para la creación de un hogar de paso para madres gestantes y lactantes que requieran servicios de salud de la entidad en la ciudad de Neiva y que habiten en el sector rural de Neiva y no cuenten con red de apoyo familiar en la ciudad. Se anexó evidencia de participación en la socialización de la propuesta.
22	Establecer una herramienta activa de comunicación (grupo de chat) para coordinar actividades, enviar información e interactuar con los líderes comunitarios.	Herramienta de comunicaciones	10	Se consolidó el chat denominado padrinos comunicativos y se crearon listas de difusión con inclusión de líderes por cada comuna, para el envío de información e interacción con los respectivos líderes.
TOTAL EN PUNTAJE			199	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			90,5%	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA: Se cumple con las tareas o compromisos planificados de la vigencia pero en algunos pocos faltan evidencias.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Tener más en mente mes a mes las tareas alineadas al plan de desarrollo para poder cumplir de manera óptima como parte del mejoramiento continuo.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR		Nombre: JAIBER SANCHEZ CRUZ		
Auditor		Lider de Control Interno		
<p style="text-align: center;">  LINEA AMBIA 863 2828  WHATSAPP 304 384 99 92    ESE Comuna y Salud Neiva </p>				

		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 2024			
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	Se realizaron en la vigencia 595 contratos de los cuales se cargaron en la plataforma SECOP 2 y SIA Observa la totalidad de los mismos a excepción de 5 los cuales fueron anulados y 2 sin CDP por ser contratos de bancos por lo cual la cifra que de contratos serian 588 contratos legalizados y publicados	
2	Realizar la trazabilidad detallada y consolidada de los documentos requeridos para la contratación	Número de contratos suscritos/numero de contratos revisados	10	Se realizaron en la vigencia 595 contratos de los cuales se cargaron en la plataforma SECOP 2 y SIA Observa la totalidad de los mismos a excepción de 5 los cuales fueron anulados y 2 sin CDP por ser contratos de bancos por lo cual la cifra que de contratos serian 588 contratos legalizados y publicados	
3	Solicitud de cotización a los diferentes oferentes y/o histórico de la entidad comparación de compras similares con otras entidades	cotizaciones	10	en los contratos de bienes y servicios dentro de los documentos anexos se realizan las respectivas cotizaciones.	
4	Realizar la actualización del manual de contratación	Manual de contratación	10	Se realizo un nuevo manual de contratación el cual se sienta mediante resolución numero 18 de 16 de enero del 2025.	
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: La dependenciade contratación tiene suscritos solo cuatro criterios los cuales cumple al 100%					
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:					
Se sugiere que se suscriban mas compromisos que permitan la mejora del área como en archivo de documentos y recursos tecnologicos que se evidencia se han quedado para ser eficientes					
9. FIRMA:					
					
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR		Nombre: JAIBER SANCHEZ CRUZ			
Auditor		Líder de Control Interno			
Buscanos en todas las plataformas por unirse al WhatsApp y Telegram ÚRBAN AMBA 863 2828 WHATSAPP 304 384 99 92 ESE Carmen Emilia Ospina					

Jaiber Sanchez Cruz
 JAI BER SANCHEZ CRUZ



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 2024

2. ENTIDAD: ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:
 *Fortalecimiento de la 1 y 2 linea de defensa para el mantenimiento efectivo de los controles internos, como lo dispone la séptima dimensión del MIPG.
 *Medir la eficiencia de los procesos de la oficina de Control Interno en busca de cumplimiento de los objetivos institucionales.

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	Se programaron 6 capacitaciones a los lideres de subprocesos y se hicieron 6 capacitaciones con los respectivas planillas. https://esecarmenemiliaospina.gov.co/bol-etinos/
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	Se programaron 8 Auditorias las cuales se realizaron las 8 y se cuenta con las respectivas evidencias em el boton de transparencia. https://esecarmenemiliaospina.gov.co/auditorias-internas/
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	Se programaron 8 informes de ley de los cualls fueron presentados de manera oportuna y eficiente los informes planificados en su totalidad.(Plataforma chip,Derechos de autor, por menorizado formulario unico de avance de gestion publica)
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	Se programaron 7 seguimientos de los cuales 6 son de carácter inerno y uno externo (Contraloria) y se cumplio con la totalidad de lo programado.
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: Se cumplio con lo programado en el plan de desarrollo llegando a una efectividad del 100% lo cual demuestra compromiso con la planificacion y los indicadores.

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

9. FIRMA:

Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR
Auditor

Nombre: JAZMIN SÁNCHEZ CRUZ
Lider 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 2024			
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 *Reducir anualmente el numero de demandas que ingresan contra la entidad, relativas a derechos laborales. *Reducir anualmente el numero de demandas que ingresan contra la entidad, relativas a la prestación del servicio médico *Fortalecer los procedimientos contractuales de la entidad para prevenir el daño antijurídico *Establecer directrices jurídicas preventivas, frente al tema contractual y del talento humano, encaminadas a evitar el daño antijurídico de la entidad *Creaciones institucionales de la oficina jurídica y de la contratación de la Carmen Emilia Ospina *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	Se atendieron 91 tutelas durante la vigencia 2024 en el entendido que se presentaron por parate de cliente interno y cliente externo.
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	Se contestaron 1585 peticiones durante la vigencia 2024 de las cuales se tiene un tiempo de respuesta xxxxx
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	Durante el año 2024 se presentaron dentro de lo 8 procesos donde se evidencian dichos tiempos establecidos la defensa judicial requerida y se anexan dichas actuaciones.
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	Manual para adopción de políticas de mitigacion de riesgo antijuridico aprobado el 12 de noviembre de 2024

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	6	Manual para adopción de políticas de mitigación de riesgo antijurídico aprobado el 12 de noviembre de 2024.
6	Reducir el número de eventuales demandas que se puedan presentar frente a la entidad por nulidad y restablecimiento del derecho	N/D	6	Esta en proceso de implementación.
7	Reducir el número de eventuales demandas que se puedan presentar frente a la entidad por nulidad y restablecimiento del derecho	N/D	6	Esta en proceso de implementación.
8	Lograr la Institucionalidad y fijación de lineamientos de las instancias encargadas de la contratación y la defensa jurídica de la entidad	N/D	6	Esta en proceso de implementación.
9	Lograr la consecución e implementación de una infraestructura adecuada para el ejercicio de la defensa judicial	Nota de solicitud de espacio adecuado para la dependencia.	1	Nota de solicitud de espacio adecuado para la dependencia.
TOTAL EN PUNTAJE			65	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			72%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: se debe hacer más por implementar el manual de defensa judicial y poder articular con áreas de atención en los servicios y con talento humano ya que son de mucha incidencia para las demandas y PQRS.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
elaborar un procedimiento adecuado de articulación con las áreas para el monitoreo del cumplimiento del manual de defensa judicial.				
9. FIRMA:				
 Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor			 Nombre: ALBER SÁNCHEZ CRUZ Asesor 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 2024		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		FINANCIERA		
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	En el año 2024 se programaron realizar 118 comites de conciliación por mes para un total de 120 de los cuales se realizar Total de glosas contestadas 21.771 de 21.774 radicadas
2	Mantener el porcentaje de glosas de cartera por debajo del 6%	(Valor glosa efectiva del periodo/Total facturado en el periodo)*100	10	El indicador de glosa es del 3.02 % con respecto a la facturación total del año a 31/12/2024 que fue de \$65 319.600.874.
3	Mantener meta de recaudo de cartera máximo a 140 días	Ventas servicios a crédito/Saldo promedio cuentas por cobrar	1	cartera no entrego información del cierre a diciembre.
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	5	Cartera Son 6 contratos de los cuales se liquidaron 3 (como se buscaba 60% minimo se llevaba solo 50%a Octubre de 2024) no se conto con mas información.
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 ingreso abiertos y efectivamente atendidos)*100	10	Se evidencian los cierres de los ingresos en un 99% intramurales y 100% extramurales.
6	Generar un documento de análisis de costos hospitalarios cada mes	(Número de informes entregados/Número de informes programados)	10	Informe de costos mensualmente en soportes asi como un analisis trimestral.
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 realizaron los respectivos informes a la gerencia mensualmente y quedan aprobados.
8	Dar respuesta al 100% de las objeciones en los términos normativos	Total de objeciones contestadas en el periodo /Total de objeciones recibidas	10	gina o Cartera (60% minimo Liquidados)
TOTAL EN PUNTAJE			66	



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

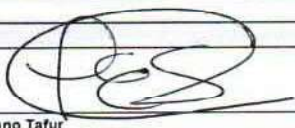
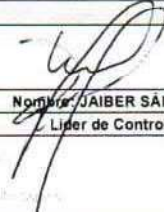



CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2024		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		GESTIÓN AMBIENTAL		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<ul style="list-style-type: none"> * 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. ANALISIS DE RESULTADOS
1	Mantener actualizado el PGRASA	Anualmente	10	Se evidencia la actualización a 24 de Abril de 2024 del Manual PGRASA
2	Cumplir con el 100% de las inspecciones programadas, sobre manejo y recolección de residuos hospitalarios, sobre la separación, segregación y depósito de residuos.	No. de inspecciones ejecutadas mes/Total de inspecciones programadas *100	10	Se encontraron evidencias de visitas en 9 de los meses planificados y se realizaron 45 visitas cumpliendo el número de inspecciones programadas. Nota: Mejorar el indicador.
3	Incinerar el 60% de los residuos peligrosos del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos incinerados en kg.mes/Cantidad de residuos totales generados en kg mes*100	10	El seguimiento al indicador mensual da un resultado general de año 2024 del 71% el cual cumple con el 100% de los residuos peligroso generados y los que se incineraron.
4	Disponer el 20% de los residuos ordinarios e inertes al relleno sanitario del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos ordinarios en kg.mes/Cantidad de residuos totales generados en kg mes*100	10	El seguimiento al indicador mensual da un resultado general de año 2024 del 31% el cual cumple con el 100% de los residuos peligroso generados y los que se incineraron.
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	El seguimiento al indicador mensual da un resultado general de año 2024 del 25% el cual cumple con el 100% de los residuos peligroso generados y los que se incineraron.
6	Satisfacer las necesidades de las canecas	No. de canecas cambiadas/No. De canecas dañadas *100	10	Se reportaron 26 canecas dañadas de las cuales se cambiaron la totalidad de acuerdo a los soportes presentados.
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	Se realizaron en diferentes meses 12 capacitaciones de las 7 planificadas para la vigencia 2024.
8	Cumplir con el 100% de las campañas programadas sobre sensibilización del medio ambiente	No. de campañas realizadas/No. De campañas programadas *100	10	Se planificaron realizar 5 campañas durante la vigencia 2024 de las cuales se puede evidenciar se realizaron 7 campañas en diferentes meses del año 2024.
9	Ahorrar en 5% el consumo de agua y energía	Consumo del año actual-consumo del año anterior	1	Se evidencia por los seguimientos realizados por sede de los servicios de Energía y Agua Potable que no se cumple con el compromiso de disminuir el 5% de cada servicio público por lo cual se deben revizar las estrategias que permitan el logro de esta meta.

10	Cumplir al 100% con las jornadas lúdicas ambientales programadas	No. de jornadas realizadas/No. De jornadas programadas *100	10	Se planificaron dos jornadas lúdicas en la vigencia 2024 las cuales se realizaron en los meses de Marzo y Septiembre.
11	Programar y ejecutar el comité GAGAS	Bimensual	6,7	Se planificaron seis comites en la vigencia y se realizaron 4 con las evidencias respectivas.
12	Darle cumplimiento a los ciclos programadas de control de vectores	No. de ciclos ejecutados/No. de ciclos programados *100	10	De los cuatro ciclos planificados para la vigencia en todas las sedes de la Carmen Emilia Ospina se realizo el 100% del control de vectores programados
13	Darle cumplimiento a los ciclos programadas de limpieza y desinfecciones de los tanques.	No. de ciclos ejecutados/No. de ciclos programados *100	7.5	Se planificaron 4 ciclos de limpieza de los cuales se pudieron cumplir en las diferentes sedes solo tres.
14	Realizar el mantenimiento a las zonas verdes	No. de mantenimientos ejecutados/No. De mantenimiento programados x 100	8	En este compromiso se debe mejorar que las evidencias del contratista deben indicar el numero de intervenciones realizadas en cada sede en cantidad y oportunidad que se requieren.
15	Gestionar recursos para el plan piloto en el 2024	Avance anual del plan piloto	1	Se tiene una cotizacion de la elaboracion de un estudio para la sede del canaima.
16	Gestionar paulatinamente los recursos y diseños del sistema de tratamiento de agua residual en las sedes Canaima, Ipc y palmas para el 2024	avance anual	1	Se elaboraron diseños para las sedes Canaima, IPC y Palmas cumpliendo con las especificaciones tecnicas para contruir operar y mantene un sistema de Petar.
17	Entregar al 100% el reporte de los residuos hospitalarios generados a la CAM	Anualmente	10	Se tiene la evidencia de que se realizo reporte de residuos hospitalarios a la CAM.
18	Entregar al 100% el reporte de los residuos hospitalarios peligrosos generados al IDEAM	Anualmente	10	Se cuenta con la evidencia de reporte al IDEAM version 2023.
19	Dar cumplimiento al 100% con la entrega de los RH1 a la Secretaria de Salud Municipal	Semestral	10	Se presento a la secretaria de salud el informe de los RH 1 de forma oportuna a la secretaria de Salud Municipal.
TOTAL EN PUNTAJE			147,7	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			78%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Es muy importante que la oficina de Planeacion oriente de manera eficiente los indicadores que miden compromisos, metas y resultados ya que no todas las areas tienen el conocimiento para formular correctamente dichos indicadores.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Trabajar en equipo con otras areas que tienen que interactuar con gestion ambiental y documentar procedimientos que no se tienen y deben definir responsabilidades compartidas para el cumplimiento de las metas institucionales.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: Luis Eduardo Serrano Tafur		Nombre: JAIBER SÁNCHEZ CRUZ		
Auditor		Lider de Control Interno		
<p style="text-align: center;">    </p> <p style="text-align: center;"> UNEA AMICA 863 2828 WHATSAPP 304 384 99 92 FACEBOOK </p>				



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO


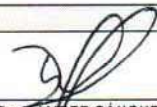

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2024		
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	8,6	Se programaron 27 mantenimientos de los cuales se realizaron solo 23, evidenciado en los contratos 0034, 0192 y 0369 de 2024
2	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de equipos biomédicos zona rural	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	8,9	Se programaron 36 mantenimientos de los cuales se realizaron solo 32, evidenciado en los contratos 0034, 0192 y 0369 de 2024
3	4Mtos trimestral preventivo y correctivo de equipos odontológicos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	8,7	Se programaron 64 mantenimientos de los cuales se realizaron solo 56, evidenciado en los contratos 0917 de 2023, 0051, 0365 de 2024.
4	2 Mtos semestral preventivo y correctivo refrigeradores horizontales .vacunación	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se programaron dos actividades las cuales se ejecutaron.0034, 0192 y 0369 de 2024
5	6 Mtos bimestrales preventivo neveras convencionales, purificadores y dispensadores de agua	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se contrato el mantenimiento de las plantas Eelctricas atravez de contrato 092 de 2024 y se anexan 4 cuentas de cobro y la respectiva liquidqación.
6	1 Mto mensual preventivo y correctivo de plantas eléctricas	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se contrato el mantenimiento de las plantas Eelctricas atravez de contrato 095 de 2024 y se anexan 4 cuentas de cobro y la respectiva liquidqación.
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	Se contrato el mantenimiento de las plantas Eelctricas atravez de contrato 110 de 2024 y se anexan 4 cuentas de cobro y la respectiva liquidqación.
8	6 Mtos bimestrales preventivo y correctivo aires acondicionados	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se contrato el mantenimiento de las plantas Eelctricas atravez de contrato 092 de 2024 y se anexan 4 cuentas de cobro y la respectiva liquidqación.
9	4 Mtos trimestral lavado de tanques de agua aéreos y subterrneos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	7,5	Se planificaron 4 ciclos de limpieza de los cuales se pudieron cumplir en las diferentes sedes solo tres.
10	4 Mtos trimestral preventivo de radiotelefonos, bases, móviles y portátiles	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se realizo el contrato de Mantenimiento preventivo 047 de 2024 y correctivo de radiotelefonos, bases moviles y portatiles
11	4 Mtos trimestral para optimizar la fumigación	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	De lo s cuatro ciclos planificados para la vigencia en todas las sedes de la Carmen Emilia Ospina se realizo el 100% del control de vectores programados
12	2 Mtos semestral preventivo y correctivo de vehiculos	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se realizaron tres contratos de Mantenimientos de vehiculos los cuales permitieron realizar los mantenimientos programados.

13	1 mantenimiento mensual a Jardines	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	8	En este compromiso se debe mejorar que las evidencias del contratista deben indicar el numero de intervenciones realizadas en cada sede en cantidad y oportunidad que se requieren.
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 tiene contrato 030 de 2024 que es de ferreteria con el cual se cumplen los mantenimientos programados.
15	1 Mto anual preventivo de la infraestructura de las sedes rurales	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se tiene contrato 030 de 2024 que es de ferreteria con el cual se cumplen los mantenimientos programados.
16	1 Mto anual, de recarga de extintores.	(Número de actividades realizadas/actividades programadas)*100	10	Se realizaron las recargas de extintores por sedes tanto en la zona urbana como en la rural.
TOTAL EN PUNTAJE			144,2	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			90%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: El área presenta un buen desempeño frente a su planificación y su alta carga de trabajo debido a la gran cantidad de recursos físicos con que cuenta la entidad (Vehículos, sedes, Equipos de refrigeración, odontológicos, biomedicos, de seguridad entre muchos otros.)				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Se recomienda hacer un seguimiento a la transferencia del conocimiento de la planificación del área de mantenimiento debido a que la lider es la unica que maneja muchos procesos y hace el seguimiento de los mismos sin que otro profesional apoye esta planificación.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor		Nombre: JABER SÁNCHEZ CRUZ Lider de Control Interno		
<div style="text-align: center;">  </div>				



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 2024			
2. ENTIDAD:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:	GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA (PLANEACIÓN)			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:	<p>*Apoyar a la gerencia en el seguimiento de los procesos para el crecimiento mejoramiento de la institución. *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.</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	Apoyar en la elaboración plan de desarrollo, realizar seguimiento, monitorización y evaluación	Actas de seguimiento al Plan de Desarrollo	10	Se tienen actas por el seguimiento de la elaboración del plan de desarrollo con todos los líderes de proceso de la entidad.
2	Plataforma estratégica	Plataforma estratégica	10	En el plan de desarrollo 2025 - 2028 se evidencia la estructuración de la plataforma estratégica la cual contiene los objetivos, misión y visión de la institución.
3	Plan de desarrollo y el plan de acción aprobado	Documento aprobado	10	Se aprobó el 26 de Diciembre de 2024 por parte de la junta directiva el plan de desarrollo para la vigencia 2025 - 2028
4	Un plan anticorrupción	El plan anticorrupción 2024	10	Se tiene elaborado el plan anticorrupción 2024 el cual incluye 5 componentes 1. Mapa de riesgos de corrupción. 2. Racionalización de trámites. 3. Rendición de cuentas. 4. Atención al ciudadano. 5. Transparencia y acceso a la información. Iniciativas Adicionales.
5	Una Matriz de riesgos	Mapa de riesgos 2024	10	Se tiene la matriz de Riesgos de corrupción debidamente actualizada en la verificación de la vigencia 2024.
6	Matriz de transparencia	Reporte de ITA 2024	10	Se evidencia el reporte de cumplimiento ITA 2024 100% con un nivel de cumplimiento de 100 sobre 100 puntos realizado el 31 de julio de la vigencia 2024.

7	N/A	Reporte mensual de la matriz SUI	10	Se evidencian los 8 Items de reporte al Suit 1. Dispensación de medicamentos. 2. Historia clínica. 3. Asignación de citas para la prestación de servicios de salud. 4. Certificado de Nacido Vivo. 5. Atención inicial de urgencias. 6. Certificado de defunción por muerte natural. 7. Radiología e imágenes Diagnósticas. 8. Exámenes de laboratorio clínico.
8	N/A	Reporte de formulario "Datos generales"	10	Se diligencio el formulario de información al Gerente.
9	N/A	Formato:F12-Proyectos de inversión. F28-Relacion de informes(el correspondiente a planeación)	10	Se diligenciaron los formatos en la plataforma SIA misional de la Contraloría Municipal se anexa el formato. Y el F28 son informes de Revisoría Fiscal, Evaluación independiente de Control Interno y Informe de Gestión de la vigencia rendida,Calculo
10	Matriz de normograma	Normograma 2024	10	Se tiene actualizado al mes de diciembre de 2024 el normograma institucional.
11	Un presupuesto PPSS	Presupuesto PPSS 2024	10	Política de participación social en salud de la cual se adjunta evidencia de la programación así como el cargue del seguimiento realizado por la oficina de planeación durante la vigencia 2024 y el envío de la programación vía SIMAD a la secretaria de Salud Municipal.
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.	6	Se anexan evidencias de un proyecto en ejecución en el Plan Bienales de inversiones públicas en salud y el archivo de seguimiento a proyectos aprobados donde se puede evidenciar que en la vigencia 2024 el nivel de avance del proyecto CAIMI Fase 1 es de 80% y se avanza en los diseños arquitectónicos de la segunda Fase.
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	Evidencias del proyecto con formato del plan de bienes de inversiones públicas en salud el cual se termino en un 100%
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.	5	Según resolución 3100 de 2020 la Fase tres sede Palmas se encuentra en estudios y diseños y estructura de servicios están estructurados para su presentación en el primer semestre de 2025. Se anexan evidencias.

15	Formulación y gestión del proyecto de Equipo de Rayo X Sede Canaima	N/A	10	Pantallas de aprobación del proyecto por parte de la secretaria de Salud Departamental.
16	Resolución de comité de gestión y desempeño	# comités ejecutados/# comités programados	10	Se realizaron 9 comites de los cuales fueron 4 ordinarios y 5 extraordinarios pero lo establecido para el indicador se toman 4 comites por vigencia.
17	Avance exitoso en MIPG		10	Según la evaluación del resultado de MIPG se llega a un 81.2% para la vigencia 2024.
18	Resultado de la evaluación FURAG 2022	#autodiagnósticos a evaluados/#total de autodiagnósticos a evaluar	10	Se evidencia por el pantallao que de los 7 Autodiagnosticos de las dimensiones evaluadas se cumplió con la totalidad del promedio de referencia evaluado.
19	Apoyar, socializar y capacitación sobre el MIPG	#de capacitaciones realizadas/# de capacitaciones programadas x100	10	Se relizaron capacitaciones sobre el mapa de procesos y autodiagnostico en el FURAD.
20	Plan estratégico de gestión(indicadores plan de desarrollo)	Documento/acta	10	Se presento ante el comité el estado del seguimiento del Plan de desarrollo se anexa matriz con indicadores vigencia 2024.
21	Plan de desarrollo de la institución	Documento/acta	10	Se anexa el acuerdo numero 14 del 26 de diciembre de 2024.
22	Elaboración informe trimestral	#de seguimientos realizados/#seguimientos programados	10	Se evidencia a travez de las actas de seguimiento que se realizaron los respectivos controles a programados trimestralmente del plan de desarrollo con sus metas.
TOTAL EN PUNTAJE			211	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			96%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se evidencia un gran seguimiento por parte de la dependencia de planeación para apoyar y hacer cumplir los compromisos de las diferentes areas por lo cual su evaluación quedo en OPTIMA con un 96% de cumplimiento de los compromisos planificados en 2024.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Mantener el equipo de trabajo y apoyar la transversalidad que tiene la oficina.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAPUR		Nombre: FABER SANCHEZ CRUZ		
Auditor		Lider de Control Interno		
<p style="text-align: center;">Disponible en español los días lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.</p> <p>  AREA AMICA 863 2628  WHATSAPP 304 384 99 92    </p> <p style="text-align: center;">ESE - Entidad Entidad Egresada</p>				



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 2024		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		SALUD OCUPACIONAL		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<p>*Mantener actualizado el sistema de gestión de salud y seguridad del trabajo superior al 90%.</p> <p>*Actualizar los planes de emergencia de la ESE Carmen Emilia Ospina al 100%.</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 cumplimiento a la actualización de la matriz IVR	No. de revisiones programadas/No. de revisiones realizadas.	5	La líder del área manifiesta revisión de la matriz sin presentar la evidencia de actualización de parte de ingeniería de procesos para que esta quede actualizada con los cambios sugeridos por el área.
2	Dar cumplimiento a la actualización de la matriz legal	Numero de revisiones programadas/numero de revisiones realizadas.	10	Se encuentra evidenciado 4 actualizaciones durante la vigencia, febrero, junio, octubre y diciembre.
3	Dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones	No. de capacitaciones programadas/No. de capacitaciones realizadas x 100	10	Dentro del plan anual de capacitaciones se programaron 17, de las cuales se le da cumplimiento en su totalidad.
4	Dar cumplimiento a los programas SG-SST	No. de programas elaborados/No. De programas ejecutados x 100	8	Dentro del plan anual de trabajo de SST se evidencian 8 programas ejecutados: *PROGRAMA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS *PROGRAMA SEGURIDAD VIAL *PROGRAMA DESORDENES MUSCULO ESQUELETICO *PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE *PROGRAMA DE RIESGO PSICOSOCIAL *PROGRAMA DE RIESGO BIOLÓGICO *PROGRAMA DE RIESGO QUÍMICO(SGA) *PROGRAMA DE RADIACIONES
5	Dar cumplimiento a una completa señalización	No. de inspecciones programadas/No. De inspecciones ejecutadas x 100	10	Se evidencia el cronograma de señalizaciones para ejecutar durante la vigencia donde se encuentran 6 programadas, las cuales se ejecutaron en su totalidad.
6	Dar cumplimiento al seguimiento de los comités COPASS	No. de reuniones programadas/No. De reuniones ejecutadas x 100	10	Se programaron 12 comités de los cuales se evidencia la asistencia 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 evidencia el cronograma donde se programan 12 inspecciones de Elementos de Protección Personal EPP, ejecutados en su totalidad.
8	Obtener completa adherencia por parte del personal frente al autocuidado y autoprotección	No. de actividades programadas / No. De actividades ejecutadas x 100	5	Se encuentra evidenciado por medio de un acta la ejecución del tercer trimestre de la vigencia una actividad realizada, manifestando la adherencia a los programas.
9	Cumplimiento a los planes hospitalarios de emergencia	No. PHE elaboradas/No. De PHE actualizados x 100	10	Se encuentran 4 PHE avalados por la secretaria de salud departamental donde se presta el servicio de urgencias, los cuales fueron evaluados el primero de agosto certificando su cumplimiento. Palmas, IPC Canaima y CAIMI de igual manera se encuentra el PHE de las otras sedes, pendientes por verificación de la SSM.

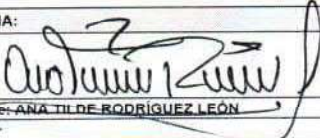

10	Dar cumplimiento al cronograma de formación y entrenamiento de brigadistas	No. de entrenamientos programados/No. De entrenamientos ejecutados	10	Se programaron 4 entrenamientos los cuales se ejecutaron
11	Dar cumplimiento al seguimiento de los comité de emergencias	No. de reuniones programadas/No. De reuniones ejecutadas x 100	10	Para la vigencia se programaron 4 las cuales se desarrollaron. 2 en Abril, Marzo, Octubre,
TOTAL EN PUNTAJE			98	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			89%	

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 ADECUADA , debido a que la calificación final de todos sus compromisos están en el 89% de cumplimiento de sus indicadores.

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

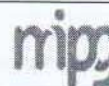
-Se recomienda hacer seguimiento a cada una de las matriz del área registrando cambios o ajustes si lo son necesarios o por normativa, además deben ser avalados y actualizados por ingeniería de procesos para su puesta en marcha.

9. FIRMA:

	
Nombre: ANA TILDE RODRÍGUEZ LEÓN	Nombre: JAIR SÁNCHEZ CRUZ
Auditor	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 2024		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		SIAU		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:		<ul style="list-style-type: none"> *Crea red de líderes 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 		
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 líderes comunitarios para garantizar un buen servicio al ciudadano	Reuniones efectivas realizadas con agremiaciones / reuniones programadas según cronograma.	7.5	Se planificaron 12 reuniones por cada agremiación, alianza de usuarios, asociación de usuarios y comité de ética, en la vigencia 2024 de las cuales se evidencian 9 reuniones. https://esecarmenemiliaospina.gov.co/asociacion-de-usuarios-2/
2	Consolidar un call center con mayor volumen de llamadas y en horarios rotativos que permitan mayor cubrimiento en tiempo	Total de llamadas atendidas/total de llamadas generadas * 100%.	7.2	Se recibieron en 2024 un total de 395.554 llamadas de las cuales fueron atendidas 285.555 llamadas. Con un porcentaje de efectividad del 72.2% para la mencionada vigencia.
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	5	Se recibieron en 2024 un total de 1586 manifestaciones por parte de los usuarios de la entidad. Se recomienda cambiar el indicador ya que este no mide el compromiso asumido por el SIAU en este numeral.
4	Reducir el número de insatisfacciones de forma escalonada hasta un mínimo aceptable	N° de insatisfacción/N° total manifestación	1	Se realiza el análisis de insatisfacción de 2023 donde el porcentaje quedo en un 69.4% y para la vigencia 2024 queda un 83.6% de insatisfacción.
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 este compromiso se planificaron 10 capacitaciones durante la vigencia 2024 de las cuales se dictaron la totalidad de las mismas.
6	Tener en cuenta las sugerencias y calificación de servicios de los usuarios para buscar mejoras periódicas	N° de encuestas programadas	1	El indicador esta mal enfocado no mide los compromisos asociados


7	Ampliar el cubrimiento de la línea amiga o call center	Numero de horas diarias de atención	10	En 2023 se tuvieron 13 agentes en promedio en turnos de 9 horas y en 2024 se tuvieron 14 agentes promedio en turnos de 9 horas.
8	Buscar a los usuarios y escucharlos extramuralmente	Mantener la satisfacción del usuario por encima del 95%	5	Encuesta de satisfacción de los usuarios en 2024 en promedio de los 12 meses se realizaron 34 299 encuestas con un porcentaje total del 91%
9	Garantizar que la oportunidad de cita nunca supere las 72 horas para el usuario	Oportunidad de asignación de citas de hasta 3 días	9	Se tiene un resultado de los meses de enero a diciembre en promedio de 3.2 días lo que acerca el resultado de la meta en consulta externa el cual es de 3 días.
TOTAL EN PUNTAJE			41	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			46%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se evalúa la dependencia obteniendo como resultado un 46% de cumplimiento lo cual es una mala calificación ya que es una de las áreas ,mas importantes de cara a la medición de los resultados de la entidad.

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

Se deben elaborar procedimientos de muchas de las actividades desarrolladas por el área de PQRS y se debe tender mas a un nuevo modelo de administración denominado responsabilidad social empresarial.

9. FIRMA:




Nombre: **LUIS EDUARDO SERRANO TATUR**
Auditor

Nombre: **AMBER SANCHEZ 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 2024

2. ENTIDAD:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA




3. DEPENDENCIA A EVALUAR:

TALENTO HUMANO

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

*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.
*Fortalecer el rol docente de la ESE CEO.
*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.

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 realizaron 358 vinculados de los cuales se induccionaron 358 funcionarios por tipo de vinculación por- Agremiación, OPS y planta.
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	Existe un criterio donde cada líder de grupo o jefe de oficina se adjunta 5 formatos de hoja de ruta de inducción.
3	Medir los conocimientos y la satisfacción del proceso de inducción.	Nivel de apropiación del proceso de inducción de 1 a 5	8	Se realizaron 196 evaluaciones de conocimientos sobre el proceso de inducción
4	Brindar apoyo y conocimiento al personal que obtenga de calificación menor 3 e igual de 3.	N/A	10	Durante la vigencia 2024 se realizaron 196 evaluaciones de las cuales ningún nuevo funcionario obtuvo menos de tres
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	7	Se adjuntan las evidencias de el grupo de docencia de 5 personas que se tiene en la la ESE Carmen Emilia Ospina. Se conoce de la Universidad Navarra que 3 funcionarios están certificados.
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	8	La ESE genera el Insumo para presentar 15 proyectos de los cuales 12 fueron aprobadas
7	Cumplimiento del cronograma, la difusión y convocatoria de participación	No. De personas capacitadas/No. Total del personal *100	10	Se tiene un plan de capacitaciones para 2024 de las cuales se cumplió mes por mes y se capacitaron 2017 personas de los cuales se cuenta con todos los soportes. Nota: Aliados estratégicos para capacitaciones impulsar empresa de la caja de compensación familiar, instituciones educativas como CESALUD, SENA y la ESAP entre otros.
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	Se elaboraron planes como el de capacitaciones y el plan de bienestar e incentivos para los empleados públicos durante la vigencia 2024.

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	Se tiene todo los soportes del cumplimiento del plan de incentivos de la ESE Carmen Emilia Ospina.
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	Se tiene vinculados en promedio 13 personas en situación de discapacidad de la 673 vinculadas la entidad en 2024
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 2024 se verificaron 169 solicitudes de funcionarios nuevos y se recibieron 169 verificaciones.
TOTAL EN PUNTAJE			103	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			94%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se cumple la planeación y los compromisos del área de Talento Humano en un 94% destacando que se tiene soportes de todos los compromisos de seguimiento pero con procedimientos por mejorar.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Realizar de forma más detallada el seguimiento a inducciones del área administrativa y también ingerir en el talento humano que se inscribe para semilleros de investigación para que termine certificados el 100% de los inscritos.				
9. FIRMA: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR				
				
Nombre: Luis Eduardo Serrano Tafur Auditor			Nombre: VALDER SANCHEZ CRUZ Lider de Control Interno	
<div style="text-align: center;">  </div>				



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 2024**

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

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: **TECNICO CIENTIFICA**

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

- *Fortalecer la prestación del servicio de salud a través de la implementación de un modelo de atención, que garantice la calidad, oportunidad y satisfacción en los usuario, cumpliendo con los indicadores en salud.
- *Ofertar rutas de atención integral que garanticen una prestación de servicio sin barreras.
- *Ejecutar convenios como PIC y ETV en articulación con los entes territoriales para cumplimiento de indicadores en salud publica.

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.	10	Durante el año 2024 se realizaron 600 capacitaciones al personal asistencial y administrativo sobre la ESTRATEGIA IAMI de 673 por el movimiento del personal, actualmente el cumplimiento es del 89.15%	Area IAMI
2	Lograr un 40% el conocimiento por parte de los usuarios de la política IAMI en la institución.	No de usuarios educados en estrategia IAMI/ No total de usuarios atendidos en ruta infancia, primera infancia, materno perinatal.	10	Durante el año 2024 se educaron 12.126 usuarios de un total de 4.556, lo cual corresponde al 90,27%.	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.	10	Se contó durante el año 2024 con dos (2) espacio de servicios amigables para adolescentes y jovenes en la Sede Canaima e IPC con 62.325 atenciones de consulta por medicina, enfermería y Psicología y 15.336 consulta de planificación familiar.	IAMI
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". Este documento no requiere actualización durante el año 2024, continua vigente desde el año 2021. Se actualizo el portafolio de servicios.	Actividad ya
5	Documentar la politica 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"	Actividad ya

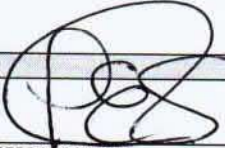






6	Definir los indicadores según los procesos.	Proporción de indicadores analizados mensualmente	10	Durante la vigencia del año 2024. Se monitorean mensualmente y se socializan a través del comité técnico científico de manera trimestral. Se anexa informe de gestión anual y presentación.	Actividad ya
7	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 número de pacientes solo hipertensos con medición de creatinina en el último año/número total de pacientes con solo hipertensión.	10	Se evidencia cumplimiento del 78% a corte de diciembre de 2024, según informe de gestión.	Riesgo Card
10	Aumentar al 62% proporción de personas con diabetes Mellitus, estudiadas para enfermedad Renal Crónica(ERC)	Número de pacientes con solo diagnóstico de DM con medición de creatinina en el último año/Número total de pacientes con solo DM	10	Se evidencia cumplimiento del 80% a corte de diciembre de 2024, según informe de gestión.	Riesgo Card
11	Aumentar al 65% proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión Arterial con cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHG en el último año/número total de pacientes diagnóstico de Hipertensión Arterial	10	Se evidencia cumplimiento de 65% corte de diciembre de 2024, según informe de gestión.	Riesgo Card
12	Mantener en 90% la adherencia en la evaluación de la aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención enfermedad Hipertensiva	Número 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 evaluación	10	Se evidencia cumplimiento del 90% a corte de diciembre de 2024, según informe de gestión.	Riesgo Card
13	Lograr un 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes identificadas.	10	Se evidencia cumplimiento del 87% a corte de diciembre de 2024, según informe de gestión.	Ruta Matern

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 2024, según informe de gestión.	Ruta Matern
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 2024, según informe de gestión.	Ruta Matern
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 2024, según informe de gestión.	Ruta Matern
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 2024, según informe de gestión.	Ruta Matern
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 institución*100	10	Se evidencia cumplimiento del 36% a corte de diciembre de 2024, según informe de gestión.	Ruta Matern
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 2024, 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.	3	Para el año 2024 la poblacion fue de 38.622 y el 80% de esta poblacion fue de 30.897.Las citologias cervicouterinas tomadas durante el año 2024, fueron 8.143 se evidencia cumplimiento del 26% a corte de Diciembre del 2024 segun informe de gestion.	Cancer
21	Realizar el 95% de las brigadas en salud área urbana programadas	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	Durante la vigencia 2024 se cumplio en un 100% de cumplimiento las brigadas programadas en la zona urbana. se realizaron 155 brigadas en el area urbana y 10968 actividades realizadas de consultas médicas y de enfermería, se anexa cronogramas.	PROMOCIÓ

22	Mantener en 80% de las consultas bajo modalidad domiciliaria	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	1	El servicio de consulta bajo la modalidad domiciliaria se prestó hasta que duró la emergencia sanitaria por COVID.	No se evaluó
23	Realizar el 100% de las brigadas en salud área rural programadas	Actividades realizadas/Actividades programadas *100	10	Durante la vigencia 2024 se cumplieron las brigadas programadas en la zona rural con un total de 345 con un cumplimiento del 100%	PROMOCIÓN
24	Documentar las rutas de cáncer en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	Se cuenta con 8 documentos que dejan evidenciar la ruta de cancer en la ESE Carmen Emilia Ospina. 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	Cancer
25	Documentar la ruta de enfermedades pulmonares crónicas en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	Se cuenta con 20 documentos que evidencian la implementación de la ruta de EPOC en la ESE CEO. 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-S4-611 versión 2 GDR-S4-P1 versión 1 GDR-S4-P2 versión 1	Actividad ya
26	Documentar la ruta de alteraciones nutricionales en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	Se cuenta con dos documentos que evidencian la implementación de la ruta de desnutrición en el menor de 5 años en la ESE CEO. GDR-S5-D1 versión 1 GDR-S5-D2 versión 2	Cancer

27	Documentar la ruta de salud bucal en la ESE Carmen Emilia Ospina	Ruta documentada	10	Se cuenta con 12 documentos que evidencian la implementación de la ruta de salud bucal de la ESE CEO: 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	Actividad ya
28	Elaborar, actualizar y socializar documento de atención que incluya las rutas integrales de atención de violencia, violencia de genero y sexuales.	Ruta documentada	10	GDR-S10-D1 versión 1 GDR-S10-D6 versión 1 Documentos socializados según actas de asistencia.	Salud menta
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	7	GDR-S6-D3 versión 1 GDR-S6-F6 versión 2 Documentos elaborados y actualizados según actas de asistencia.	Salud menta
30	Continuar la prestación del servicio de salud bajo la modalidad de teleconsulta	Numero de teleconsultas atendidas x 100/Numero de teleconsultas agendadas	1	El servicio de consulta bajo la modalidad teleconsulta se prestó hasta que duró la emergencia sanitaria por COVID, desde el 30 de junio 2022.	No aplica vig
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	10	Se realizo el proceso de habilitación del servicio ante la secretaria de salud departamental, en donde se elaboro el proyecto de habilitación y aparece en el REPS. Se prestan servicios ambulatorios.	
32	Documentar y/o actualizar el proceso de toma y traslados de muestras	Documento elaborado	10	ADT-S2-P1 versión 6	Actividad ya
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	Actividad ya
34	Documentar el proceso de realización de ecografía en la institución	Documento elaborado	10	ADT-S1-P3 versión 5	Actividad ya
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	Actividad ya

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 teórica 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	Actividad ya
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	1	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.	No aplica vig
38	Articular con las entidades territoriales el 80% de las estrategias en salud de baja complejidad por contingencia por covid 19	Estrategias articuladas	1	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	No aplica vig
39	Mantener 16, 4 casos por 100.000 habitantes	TASA DE INCIDENCIA DE TBC*100.000 HABITANTES	5	La Tasa de incidencia acumulada para la vigencia 2024 es de 28,63, correspondiente a 110 usuarios nuevos captados durante el año 2024, el aumento en el número de casos muestra el fortalecimiento en la captación e identificación de pacientes sintomáticos respiratorios en la ESE que ingresan a programas especiales; sin embargo para el municipio representa un impacto de salud pública en el aumento de habitantes positivos para el evento	Epidemiolog
40	Se reduce o mantiene la letalidad por dengue grave a <2%	Porcentaje de letalidad por dengue	10	Durante la vigencia 2024, la ESE notificó al sistema de vigilancia epidemiológica un total de 7.662 eventos de dengue, de los cuales No se presentaron muertes por el evento.	Epidemiolog
41	0 casos	Tasa de incidencia de sífilis CONGENITA X 1000 nv.	10	Durante la vigencia 2024 se reportaron 4 partos en los cuales No se presentaron casos de sífilis congénita .	Epidemiolog
42	0 casos	Tasa mortalidad materna evitable x 1000 nv	10	Durante la vigencia 2024 se reportaron 4 partos en los cuales No se presentaron casos de mortalidad materna	Epidemiolog
43	Mantener en un 95% los reportes al SIVIGILA	Porcentaje de cumplimiento	10	Durante la vigencia 2024 se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 11.555 eventos de interés en salud pública, no registrando silencio epidemiológico en ninguna de las 52 semanas epidemiológicas, por lo tanto se logró un cumplimiento del 100% en el reporte de los eventos al SIVIGILA.	Epidemiolog
44	Garantizar el 100% proporción del cumplimiento del plan de capacitación anual	Porcentaje de cumplimiento de plan de capacitación anual	10	Durante la vigencia 2024, se programaron 32 capacitaciones de las cuales se realizaron con un 100% de cumplimiento, evidencia se anexa listados de asistencias, actas de capacitaciones y cronograma.	
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 ginecóloga, ruta de cerebrovasculares medicina interna y familiar.	Actividad ya

46	Socializar ante tres (3) EAPB el plan de salud con rutas diseñadas e integradas	plan socializado ante EAPB	10	Durante la vigencia 2024, desde el área comercial se logra estandarizar la oferta de servicios (PORTAFOLIO DE SERVICIOS) para la negociación con las diferentes ERP, así como para la planeación de los servicios de salud. Se realizó la oferta a las siguientes EAPB ASMET, AIC, NUEVA EPS, SANITAS, SALUD TOTAL, MALLAMAS, MUNDIAL DE SEGUROS, FOMAG, FAMISANAR. Se anexa informe ejecutivo de área comercial. Y anexo de tecnologías ofertadas.	
47	Ejecutar el 100% de las metas	metas ejecutadas/metras contratadas*100	10	Contrato ineteradministrativo numero 497 de 2024: durante la vigencia 2024, la ESE Carmen Emilia Ospina ejecuto el 100% de las actividades contratadas para realizar en la vigencia 2024. Contrato interadministrativo 1641 de 2024 la ESE Carmen Emilia Ospina ejecuto el 100% de las actividades contratadas para realizar durante la vigencia.	PIC
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	Durante la vigencia 2024 la ESE Carmen Emilia Ospina, realizó la planeación para la ejecución de los Contratos Interadministrativos N° 497 y 1641, contratando el recurso humano necesario para la realización del 100% de las actividades contractuales a desarrollarse en la vigencia 2024.	PIC
49	Matriz de seguimiento de actividades estructurales y documentada.	Matriz de seguimiento por convenio	10	Se adjunta Matriz de seguimiento del Contrato Interadministrativo N° 497 y del Contrato Interadministrativo N° 1641 de la vigencia 2024.	PIC
Total en puntaje			439		PIC
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			90%		
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área TÉCNICO CIENTÍFICA, se ubica en un rango de cumplimiento ADECUADA, con un porcentaje del 90%					
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:					
Realizar los cambios necesarios para eliminar las acciones donde se incluyen compromisos de Covid que ya no se reportan y que afectan el resultado del area en estas evaluaciones.					
9. FIRMA:					
					
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR			Nombre: AMBER SANCHEZ CRUZ		
Auditor			Lider de Control Interno		
<p style="text-align: center;">Búsqueda de información por el nivel de servicio al cliente</p> <p style="text-align: center;">  863 2828  304 364 99 92    </p>					



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 2024

2. ENTIDAD: ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: TIC

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

- *Garantizar la gestión y mantenimiento de los sistemas de información
- *Implementar apropiadamente el buen manejo de las herramientas desde el área TIC
- *Implementar y mantener estrategias y gobierno de TIC institucional
- *Definición de una infraestructura tecnológica de alta disponibilidad, consistente, en desempeño eficiente y confiable

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1	100% puesta en marcha de las actualizaciones de los programas	No. de actualizaciones programadas/No. De actualizaciones realizadas	10	Se planificaron 10 actualizaciones al mismo numero de áreas las cuales se cumplieron 100%
---	---	--	----	---

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	Se analizaron dos riesgos relacionados con TIC de las cuales se tomaron acciones para mitigarlos de los cuales se pudieron realizar el 100%
---	---	--	----	---

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	Se adjunta el acta donde se aprueba la política de renovación de la Tecnología de fecha 3 de diciembre de 2024.
---	---	--	----	---



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 elaboro un Manual de Seguridad de la Información el cual se aprobo el día 3 de diciembre de 2024 según los anexos.
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	Se evidencian 146 actividades de soporte durante el año las cuales se habian programado un promedio de 10 mensuales lo cual evidencia mas actividades de las planificadas por el area.
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	El 26 de julio de 2024 se elaboro el plan de capacidad, monitorización y uso y rendimiento de la infraestructura TIC.
7	100% Poner en funcionamiento del módulo de asignación de citas disponible en la página web institucional. Evaluar la efectividad del modulo.	Modulo asignación de citas	10	Se anexa el link de asignación de citas el cual se encuentra en funcionamiento durante la vigencia 2024.
8	100% Renovación tecnológica para suplir las necesidades y brindar un mejor servicio a la comunidad.	No. de equipos obsoletos/No. De equipos nuevos	2	En la relación que se anexa se entregan unos equipos para el correcto funcionamiento en las areas pero no existe una verdadera renovación de equipos por lo cual el indicador no se cumple.
9	100% Elaboración del plan de diagnóstico de redes categoria 5A categoria 6A en cada uno de los centros de salud de la ESE Carmen Emilia Ospina.	Plan elaborado	2	El plan no se actualizo a 2024 por lo cual no se cumple con ese compromiso.
10	100% Diseñar, elaborar e implementar el procedimiento de custodia de activos de información.	procedimiento elaborado	6	El procedinmiento es del 2023 y no cuenta con actividades que relacionen al cliente ineterno administrativo y asistencial solo a los del area TIC.
11	100% Elaborar y adoptar el procedimiento para la integridad, autenticidad, disponibilidad y preservación de los activos de la información.	procedimiento elaborado	5	Procedimiento elaborado en 2023 el cual no cuenta con las actividades que tienen responsabilidad del cliente interno tanto administrativo como asistencial.

12	100% Elaboración del plan de diagnóstico de los sistemas de comunicación rural.	Diagnóstico elaborado	10	Se cuenta con un plan diagnostico del area rural de la ESE Carmen Emilia Ospina.
TOTAL EN PUNTAJE			95	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			79%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Para esta área se recomienda que se trabaje con mas detalle dos procedimientos de mucha importancia como lo son el de custodia de la información y el de integridad, autenticidad, disponibilidad y preservación de los activos de la información.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Realizar con el acompañamiento de Calidad un plan de mejoramiento que permita reorganizar los procedimientos de TIC y anexar indicadores de seguimiento mínimo trimestrales para avanzar rápidamente en mejorar esta dependencia.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor		Nombre: JAIME SANCHEZ CRUZ Lider de Control Interno		
<p style="text-align: center;">Oficina de Planeación y Evaluación de la Gestión, Integridad y Seguridad</p> <p style="text-align: center;">  863 2828  304 384 99 92    </p> <p style="text-align: center;">ESE Carmen Emilia Ospina</p>				

p.	ÁREA EVALUADA	INDICADORES EVALUADOS	RANGO DE CALIFICACIÓN	COMPARATIVO		RANGO DE CALIFICACIÓN
				2023	2024	
	Almacén	4	OPTIMA	100	77,5	ADECUADA
	Asesor Jurídico	2	DEFICIENTE	50	100	OPTIMO
	Biomedico	6	ADECUADA	83	77	ADECUADA
	Calidad	17	ADECUADA	93	98	OPTIMO
	Comunicaciones	22	OPTIMA	99,1	90,5	ADECUADA
	Contratación	4	OPTIMA	100	100	OPTIMO
	Control interno gestión	4	OPTIMA	100	100	OPTIMO
	Defensa Judicial	9	OPTIMA	100	72	ADECUADA
	Financiera	8	OPTIMA	100	83	ADECUADA
	Gestión Ambiental	19	ADECUADA	94	78	ADECUADA
	Mantenimiento	16	OPTIMA	95	90	ADECUADA
	Planeación	22	ADECUADA	91	96	OPTIMO
	Salud ocupacional	11	ADECUADA	86	89	ADECUADA
	Siau	9	ADECUADA	76	46	DEFICIENTE
	Talento Humano	11	OPTIMA	100	94	ADECUADA
	Técnico científica	49	ADECUADA	91	87	ADECUADA
	Tic	12	OPTIMA	96	71	ADECUADA

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN 2024			
CALIFICACIÓN	DEPENDENCIAS		Porcentaje
	OPTIMA	Asesor Jurídico, Calidad, Contratación, Planeación y control interno de Gestión.	
ADECUADA	Almacén, Biomedico, Comunicaciones , defensa Judicial, Financiera, Gestión ambiental, Mantenimiento, Salud Ocupacional, Talento Humano, Tecnico Cientifica y TIC.		64,5%
DEFICIENTE	Siau.		6%

ANÁLISIS: Mejoraron la Calificación 4 dependencias frente a la vigencia 2023 , 11 dependencias bajaron en su calificación y 2 mantubieron su calificación (Optima)

Elaboró: LUIS EDUARDO SERRANO	Aprobó: JAIBER SANCHEZ CRUZ
Firma: 	Firma: 

MATRIZ DE CALIFICACIÓN

EVALUACIÓN	
OPTIMA	Igual o mayor de 95%
ADECUADA	71% a 94%
ACEPTABLE	55.1% a 70%
DEFICIENTE	menor del 55%