

INFORME DE GESTIÓN VIGENCIA 2021

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
MUNICIPIO DE NEIVA**

**GESTION DE DESARROLLO Y DEL
DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
GERENTE

JUNTA DIRECTIVA ESE CARMEN EMILIA OSPINA

GORKY MUÑOZ CALDERON
ALCALDE DE NEIVA
[Presidente](#)

JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
GERENTE ESE CARMEN EMILIA OSPINA
[Secretario](#)

LINA MARIA RIVAS DUSSAN
SECRETARIA DE SALUD NEIVA
[Secretaria de Salud Neiva](#)

CLAUDIA MARCELA CAMACHO VARON
SUBGERENTE ESE CARMEN EMILIA OSPINA
[Representante de los profesionales Administrativos](#)

ALVARO JHON TARAZONA
ODONTOLOGO ESE CARMEN EMILIA OSPINA
[Representante de los profesionales Asistenciales](#)

CRISTOBAL FERNANDO CASTRO MORENO
VEEDOR EN SALUD
[Representante de los usuarios](#)

CONTENIDO:

1. GESTION ADMINISTRATIVA Y ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

- 1.1. GESTION FINANCIERA
- 1.2. GESTION DEL TALENTO HUMANO
- 1.3. GESTION GERENCIA-PLANEACION
- 1.4. GESTION DE COMUNICACIONES
- 1.5. GESTION JURIDICA
- 1.6. GESTION CONTROL INTERNO

2. GESTION DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL

- 2.1 GESTION DE ALMACEN
- 2.2 GESTION MANTENIMIENTO
- 2.3 GESTION SIAU
- 2.4 GESTION SALUD OCUPACIONAL
- 2.5 GESTION AMBIENTAL
- 2.6 GESTION DE LA CALIDAD

3. GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

- 3.1 GESTION TECNICO CIENTIFICA

INTRODUCCION

Para la gerencia de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina se planteó un reto muy importante el pacto por la salud de los Neivanos y empezamos un arduo trabajo para garantizar la atención integral de gestantes, lactantes, niños, niñas, jóvenes y adultos habitantes de nuestro municipio.

Es por este motivo que contamos con un equipo sólido de diferentes profesiones que aportó al buen desarrollo y funcionamiento y aún en tiempo de contingencia por el Covid-19, elaboraron y ejecutaron estrategias para sacar adelante una institución como la ESE Carmen Emilia Ospina y poder presentar un balance positivo y con rentabilidad financiera, dando respuesta eficiente y con total transparencia a los diferentes procesos desarrollados en cada una de las áreas.

Es de resaltar el compromiso gerencial para el fortalecimiento de los procesos institucionales, el mejoramiento continuo de los servicios, el fortalecimiento financiero y la gestión de proyectos en beneficio de la comunidad neivana tanto de la zona urbana como rural.

Logramos inversión en dotación de equipos biomédicos, muebles y enseres y equipos tecnológicos o de cómputo para cubrir la demanda de la pandemia COVID 19 y las demás labores a nuestros trabajadores y le aseguraran al usuario un buen servicio.

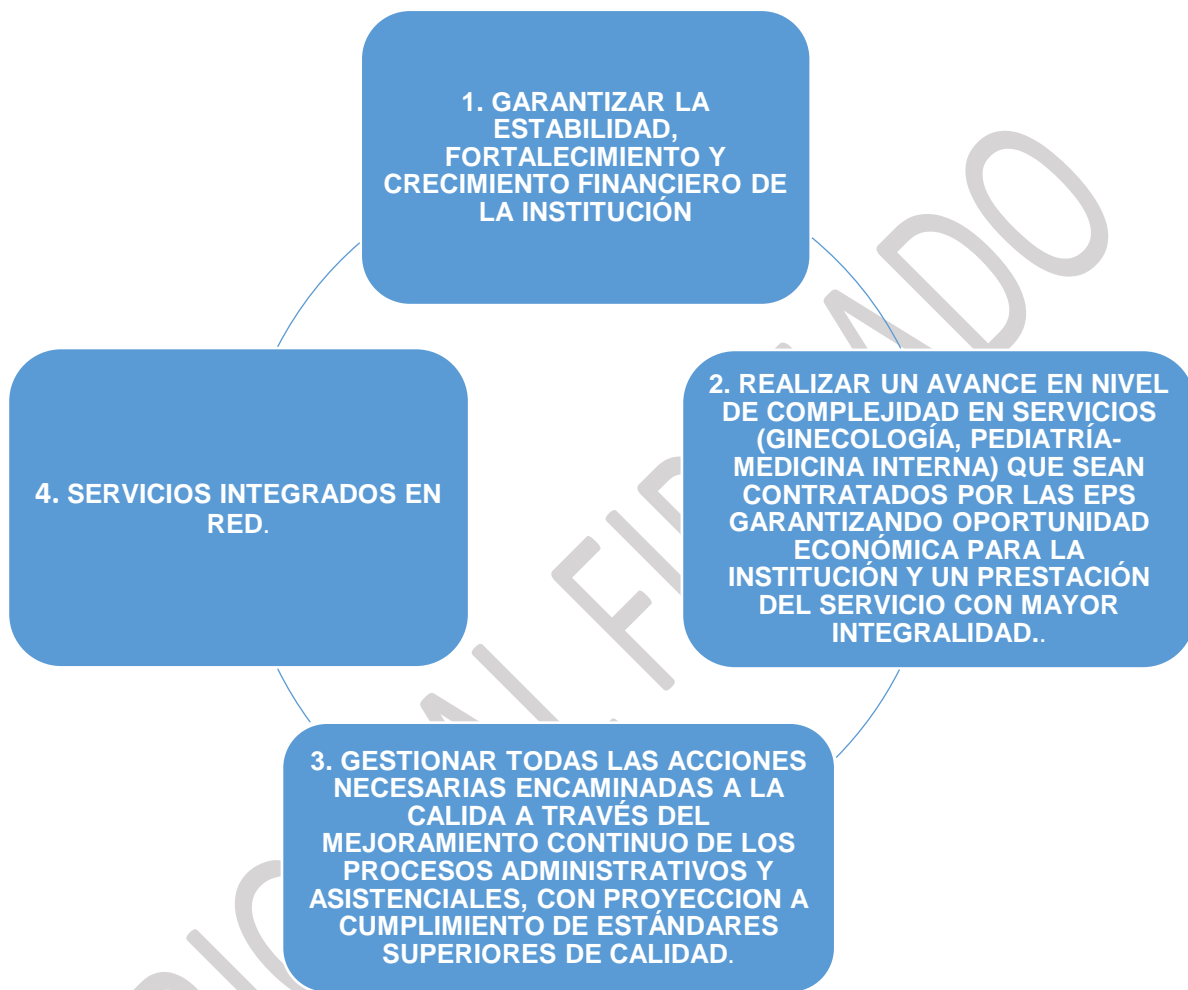
Se hizo entrega de mejoramiento y adecuaciones de la infraestructura, una inversión que permite una mejor atención en los diferentes centros y puestos de salud y les garantiza seguridad y calidad en la atención, se adelantó la construcción del centro de salud AIPECITO, revisión de estudios, diseños y presupuestos y la estructuración del proceso contractual del proyecto CAIMI FASE I.

Nos sentimos orgullosos del trabajo en equipo desarrollado por esos guerreros en la contingencia COVID – 19, resaltando el compromiso y el trabajo responsable que hoy nos categoriza como entidad sin riesgo fiscal ni financiero, destacamos el manejo responsable y seguro de los recursos y el logro de los resultados positivos.

Este Informe recoge la gestión realizada, los avances y resultados obtenidos durante la vigencia fiscal 2021, En este sentido, el presente documento contiene un análisis de gestión administrativa, asistencial y gestión financiera del período 2021.

Agradecemos a los habitantes de Neiva y usuarios de la entidad por depositar su confianza en esta entidad que su principal propósito es el servicio a nuestros usuarios.

COMPONENTES ESTRATEGICOS



Para iniciar el siguiente informe de gestión se basará la descripción de la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional PDI como el instrumento de planificación que orienta las acciones que la **ESE Carmen Emilia Ospina** durante la vigencia del 2021 se propuso adelantar para Garantizar la Atención en Salud.

Es factible aclarar que la Función Pública y el Departamento Nacional de Planeación estandarizaron la matriz de parametrización para que las entidades de orden territorial y nacional expongan sus avances en materia de cumplimiento efectivo del Plan de Desarrollo Institucional, dando a conocer el cumplimiento de las políticas de gestión y desempeño institucional establecidas en el **Modelo Integrado de**

Planeación y Gestión – MIPG. De acuerdo a la planificación del Plan de Desarrollo Institucional aprobado en el año 2020, se ha adecuado en base a la matriz estratégica, de acuerdo con la metodología establecida.

Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta para el periodo 2021 y es donde se consolida de manera cuantitativa los compromisos para el período gerencial, estableciendo entre otros aspectos las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad.

Para el siguiente informe se establece tres grandes ejes, así:

1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	2. GESTIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL
GESTIÓN FINANCIERA	GESTIÓN DE ALMACEN	GESTIÓN TÉCNICO-CIENTÍFICA
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	GESTIÓN DE MANTENIMIENTO	
GESTIÓN GERENCIA-PLANEACIÓN	GESTIÓN SIAU	
GESTIÓN COMUNICACIONES	GESTIÓN SALUD OCUPACIONAL	
GESTIÓN JURÍDICA	GESTIÓN AMBIENTAL	
GESTIÓN CONTROL INTERNO	GESTIÓN DE CALIDAD	

1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FIANCIERA

1.1 GESTION FINANCIERA



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

GESTION DE CARTERA



CARTERA

EFECTIVIDAD EN RECAUDO			
VIGENCIA	VALOR COBRADO	RECAUDO	EFECTIVIDAD EN RECAUDO
Diciembre 2020	44.219.934.253	40.208.106.151	90,93%
Diciembre 2021	55.645.674.312	51.336.072.437	92,26%
VARIACION DIC-2020 A DIC-2021	11.425.740.059	11.127.966.286	1,33%

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

El recaudo con corte a Diciembre 2021 comparado con la vigencia 2020, alcanzó un 1.33% por encima del recaudo de la vigencia 2020, este valor nos ubico en el 92.26% de efectividad en recaudo con relación al valor efectivamente cobrado en la vigencia 2020; situación que garantiza a la entidad la sostenibilidad económica y financiera.

Al comparar el comportamiento de recaudo de las últimas dos vigencias, se observa que en Diciembre 2021 la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA recaudó ONCE MIL CIENTO VENTISIETE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MCTE (11.127.966.286) por encima del recaudo realizado con corte al mes de Diciembre de 2020, representando de esta forma un incremento del 1.33% por dicho concepto.



COMPARATIVO EDAD CARTERA A DICIEMBRE ULTIMAS DOS VIGENCIAS

COMPARATIVO DE CARTERA CORRIENTE Y DIFICIL RECAUDO CON CORTE A DICIEMBRE DE 2020 Y 2021			
VIGENCIA	CORRIENTE	DIFICIL RECAUDO	TOTAL
Diciembre 2020	11.299.225.917	5.554.987.588	16.854.213.505
Diciembre 2021	12.924.312.410	6.926.102.442	19.850.414.852
VARIACION DIC-20 A DIC-21	1.625.086.493	1.371.114.854	2.996.201.347
PORCENTAJES	14,38%	24,68%	17,78%

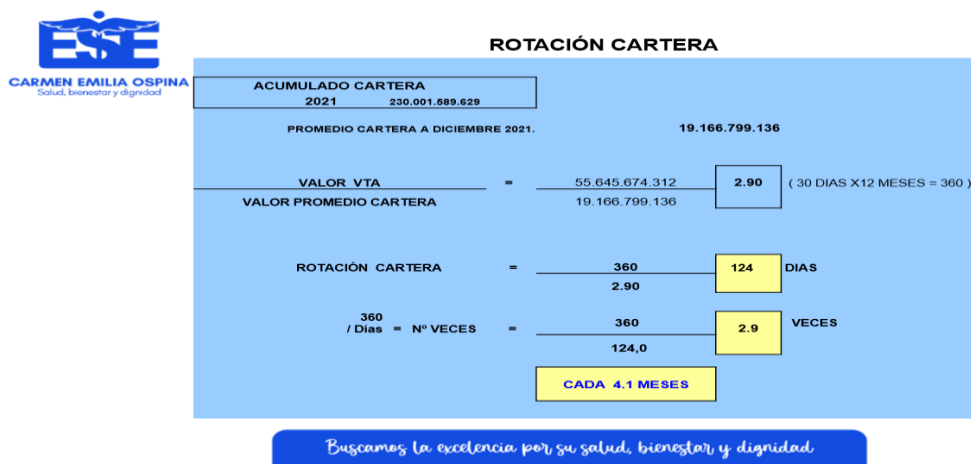
Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

Al comparar el comportamiento de la edad de cartera las ultimas vigencias, se observa que en Diciembre de 2021 la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA presenta un incremento de DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MILLONES

DOSCIENTOS UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS MCTE (\$2.996.201.347) por encima del total de la cartera con corte al mes de Diciembre 2020, representando de esta forma un incremento del 17.78% por dicho concepto.

Es importante resaltar que dentro de este incremento quedaron causados pero no recaudados TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS MCTE (\$3.287.394.610) correspondientes a cobros realizados en el mes de Diciembre 2021 por concepto de Convenios Interadministrativos suscritos entre la E.S.E Carmen Emilia Ospina, Secretaria de Salud Municipal y Secretaria de Salud Departamental; entre ellos CAIMI, DISCAPACIDAD, ETV Y PIC MUNICIPAL Y PIC DEPARTAMENTAL.

Con relación a la cartera de difícil recaudo adeudado con corte a diciembre 2021, corresponde a EPS en Liquidación por valor de DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS MCTE (\$2.683.396.677) y la diferencia son saldos de cartera que se vienen gestionando a través de la vía jurídica mediante cobro jurídico.



En esta vigencia a pesar de la lentitud en el pago por parte de las EPS-S, el indicador Rotación de Cartera arrojó un resultado favorable para la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA, se logró recuperar el total de la cartera cada 124 días (4.1 meses) cumpliendo excelentemente de esta manera la meta propuesta por el Plan de Desarrollo Institucional que establece rotación de cartera máximo cada 140 días.

1.2 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

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

ESTRATÉGICAS:

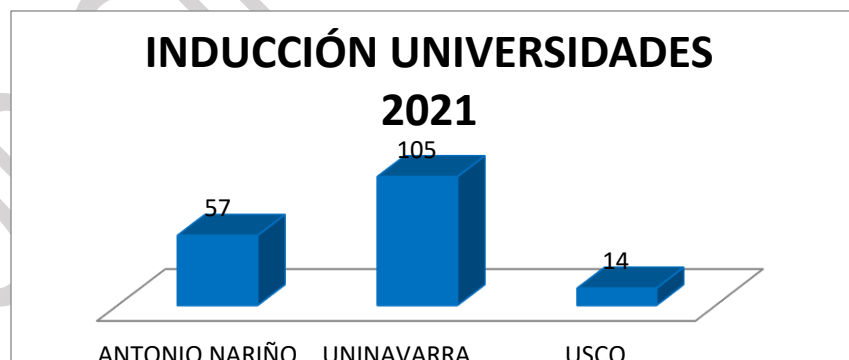
MEJORAR LOS PROCESOS DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN:

INDUCCIÓN: Durante la vigencia 2021, 114 contratistas y funcionarios recibieron inducción.



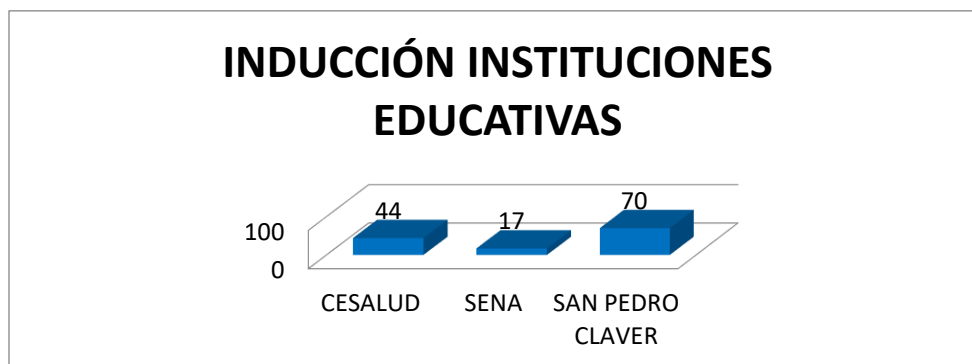
INDUCCIÓN PROGRAMAS DE EXTENSIÓN:

Durante la vigencia 2021 recibieron inducción 176 estudiantes de las diferentes Universidades que hacen parte del convenio docencia – servicio de la ESE CEO.



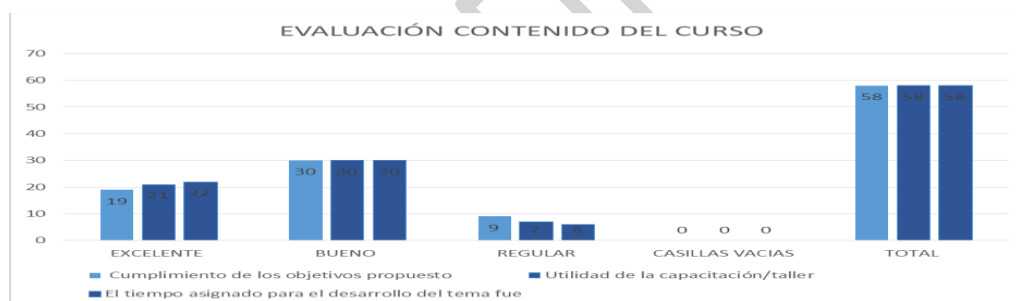
Fuente de información planilla drive

Durante la vigencia 2021 recibieron inducción 131 estudiantes de las diferentes instituciones educativas que hacen parte del convenio docencia – servicio de la ESE CEO.



REINDUCCIÓN:

Durante la vigencia 2021 se realizaron cuatro jornadas de reinducción al personal administrativo de la ESE Carmen Emilia Ospina y se contó con la participación de 198 personas entre contratistas y funcionarios.



APLICAR ENCUESTA PARA FUNCIONARIOS INTERESADOS EN EL DIPLOMADO:

Durante la vigencia 2021, se identificaron 25 funcionarios y contratistas interesados en cursar el diplomado docencia - servicio, quienes recibieron el diplomado de competencias pedagógicas expedido por la fundación Universitaria Navarra.

EJECUTAR EL PIC: Plan Institucional de Capacitación:

La **ESE Carmen Emilia Ospina**, mediante Resolución No. 37 del 28 de Enero de 2021, adoptó el Plan Anual de Capacitaciones, durante la vigencia 2021 se capacitaron **2.870** colaboradores



Evidencia asistencia capacitación virtual:

Recibido: x Recibido: x 271020: x 271020: x Recibido: x ESE Car: x Desarro: x SIMAD x Plan N: x Whats: x

docs.google.com/spreadsheets/d/1PGiPhDaE878YZev8D9nByNVCKPz7F-d/edit#gid=1140603421

27102021_postest_RIA MP - Interrupción Voluntaria del Embarazo

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	Marca temporal	Puntuación	Nombres y apellidos con	Documento de identidad	Sede	Si marcó "Otra sede", ¿C	Cargo	Tipo de vinculación	El principal objetivo de la Son regl
1	10/27/2021 10:13:25	10 / 11	RICARDO ESCOBAR LE	12113954	IPC		MEDICO	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
2	10/27/2021 10:13:58	11 / 11	GERARDO VARGAS AR	7705441	Canaima		MEDICO	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
3	10/27/2021 10:17:16	11 / 11	Jhon Freddy cadena	1075232921	Oranjes		Médico	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
4	10/27/2021 10:24:33	11 / 11	WILADIR GOMEZ COF	77177545	Oranjes		MEDICO	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
5	10/27/2021 10:31:57	10 / 11	Olga lucia moreno caperi	55171493	Oranjes		Auxiliar de enfermería	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
6	10/27/2021 10:34:30	10 / 11	Olga lucia moreno caperi	55171493	Oranjes		Auxiliar de enfermería	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
7	10/27/2021 14:36:52	10 / 11	Elvia Maria Tatur	39201651	Palmas		Auxiliar área de la salud	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
8	10/27/2021 14:40:32	10 / 11	ELIAS MANUEL REYES	9085910	Canaima		MEDICO GENERAL	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
9	10/27/2021 15:54:05	9 / 11	Juan carlos cuellar	1081156927	Oranjes		enfermero	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
10	10/27/2021 15:55:38	8 / 11	Martha Carolina Lizcano	36068284	Oranjes		Auxiliar de enfermería	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
11	10/27/2021 15:56:38	10 / 11	ELIS MANUEL REYES F	9085910	Canaima		MEDICO GENERAL	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
12	10/27/2021 15:57:13	11 / 11	MILLER OLIVE DIAZ	19243914	Otra sede	CAQUAN	MEDICO	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
13	10/27/2021 15:57:58	7 / 11	Yesica Tatiana García ort	1081415720	Canaima		Aux. enfermería	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
14	10/27/2021 15:58:50	10 / 11	Querín Tatur Muñoz	36161301	IPC		Enfermera	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
15	10/27/2021 15:59:36	10 / 11	Maria de los Angeles Pai	39431751	Palmas		Enfermera	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
16	10/27/2021 16:04:25	11 / 11	Jhon Edinson Machuca c	1075266999	IPC		Médico	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
17	10/27/2021 16:06:59	11 / 11	Rubén Gerardo Pimentel	17654791	IPC		Médico	Prestación de servicios	Reconocer el derecho a l Verdad
18									
19									
20									
21									
22									

Esperando a docs.google.com...

_INFORMEDEGES...docx Plan Nacional de F...pdf 643186_FORMATO...xlsx

Mostrar todo

24°C Lluvia ligera 11:38 14/01/2022

BRINDAR APOYO A LA RESTRUCTURA DEL NUEVO PERSONAL DE PLANTA:

Se modifica la planta globalizada y se ajusta el Manual Específico de Funciones y de competencias laborales para los empleados de la Planta de personal de la Empresa Social del Estado "Carmen Emilia Ospina", Acuerdo N°. 09 del 25 noviembre de 2021, creando los siguientes cargos:

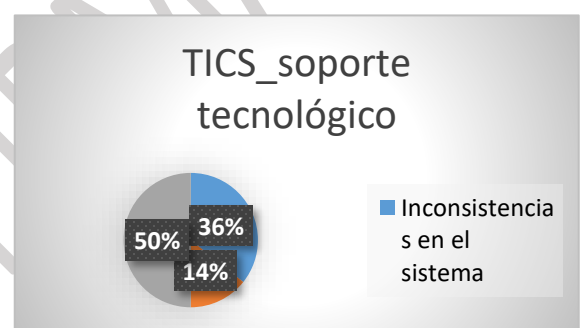
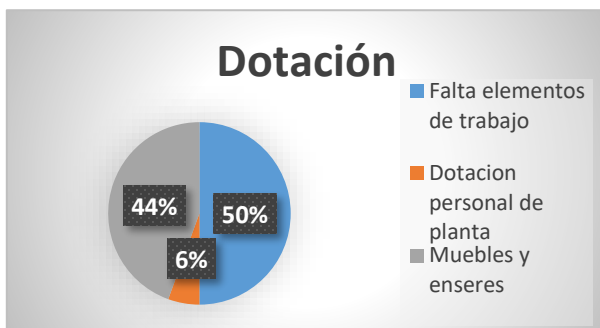
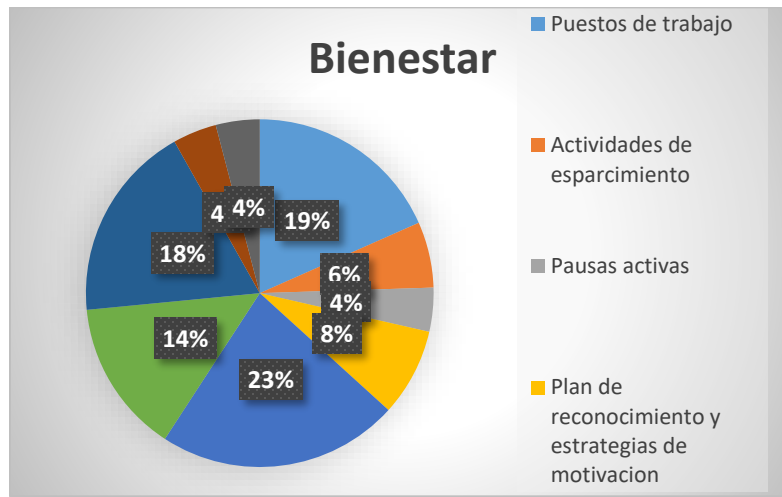
DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	CARÁCTER DEL EMPLEO	NÚMERO DE CARGOS
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (Técnico Científico)	090	10	Libre Nombramiento y Remoción	1
ASESOR CONTROL INTERNO DE GESTION	105	07	Periodo	1
ASESOR PLANEACIÓN	105	07	Libre Nombramiento y Remoción	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (Jefe de TIC)	222	17	Libre Nombramiento y Remoción	1
PROFESIONAL UNIVERSITARIO (Apoyo TIC)	219	15	Carrera Administrativa	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (Talento Humano)	222	17	Carrera Administrativa	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (Coordinador Comercial)	222	17	Carrera Administrativa	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (Contador)	222	17	Carrera Administrativa	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (Jefe de Cartera)	222	17	Carrera Administrativa	1
AUXILIARES ÁREA DE LA SALUD	412	05	Carrera Administrativa	17
	412	04		
	412	03		
ENFERMERO (Jefe de Enfermería)	243	12	Carrera Administrativa	4
MÉDICO GENERAL (8 horas y 4 horas)	211	17	Carrera Administrativa	5
TOTAL				35

Fuente Manual de Funciones

REALIZAR EVALUACION E INTERVENCION DEL CLIMA ORGANIZACIONAL:

Durante la vigencia 2021, se realizó la estrategia Tu Voz se Escucha, la estrategia consistió en la organización de un equipo interdisciplinario conformado por los líderes de las siguientes áreas: Gerencia, Subgerencia, Técnico científica, Talento Humano, Infraestructura, TIC's, Salud Ocupacional, Gestión Ambiental, Calidad y Comunicaciones.

Una vez analizadas las solicitudes las de mayor relevancia son:



EJECUCIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL:

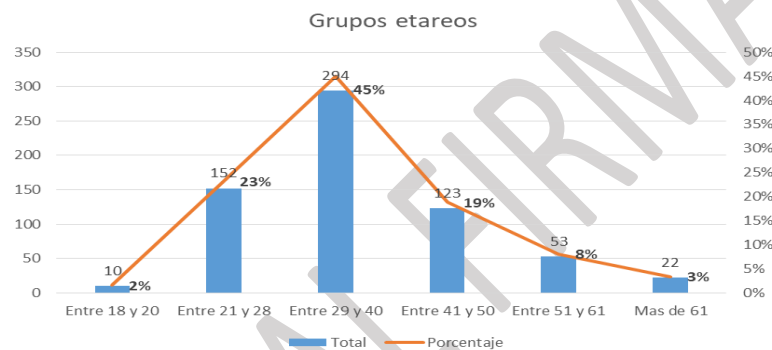
La **ESE Carmen Emilia Ospina**, mediante Resolución No. 33 del 25 de Enero de 2021, adoptó el Plan de bienestar social e incentivos, durante la vigencia se cumplió al 100% con lo programado en cronograma.





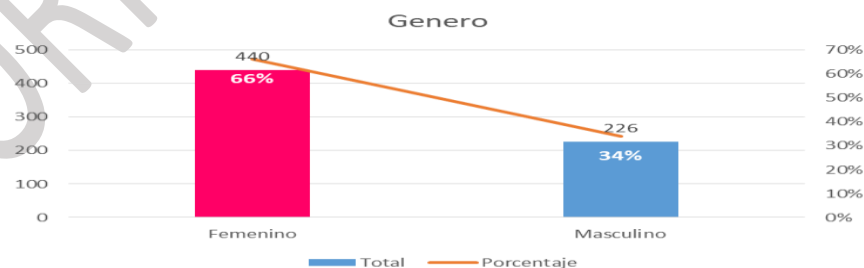
OTRAS GESTIONES REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2021:

INDICADOR DE RESPONSABILIDAD SOCIAL:



Del total de la población contratista de la ESE CEO se tiene un 25% de su población catalogada en jóvenes entre los 18 y 28 años, lo que indica que pueden ser su primer empleo con contrato de prestación de servicios

Y el 30% de la población son adultos entre los 41 a 61 años lo cual refleja un indicador positivo frente a la disposición de contratar personas con experiencia y sin ningún prejuicio social por edad.



La ESE refleja un alto compromiso con la población femenina ya que tiene un 66% de los contratistas mujeres; lo que nos indicaría el apoyo a las mujeres cabeza de familia y fuente de suministro de la economía en sus hogares.

Se valora que en los diferentes cargos haya población femenina para representar el género y la posibilidad de cubrir todos los campos de la entidad.

SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES:



- El proceso en el año 2021 se inició con una deuda real de \$45.300.000 y una deuda presunta por valor de \$80.200.000.
- Con las modificaciones cargadas a 31 de diciembre de 2021, la deuda real quedó en \$18.000.000 quedando pendiente una distribución de vacaciones solicitada a Colpensiones mediante oficio por no poderse realizar a través del portal del aportante y una deuda presunta de \$1.240.000.

CONVENIOS DOCENCIA SERVICIOS PARTICIPACIÓN DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA EN LA FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD:

Durante la vigencia (2021) realizaron prácticas formativas en salud las instituciones educativas con las que se tiene convenio:

INSTITUCION EDUCATIVA	NUMERO DE ESTUDIANTES POR PROGRAMA POR INSTITUCIÓN	I S/2021	II S/2021	TOTAL POR INSTITUCIÓN
ATANASIO GIRARDOT	Auxiliar de enfermería	66	80	146
SAN PEDRO CLAVER	Auxiliar de enfermería	131	36	176
	Auxiliar de farmacia		1	
	Auxiliar de salud oral	8		

CRUZ ROJA	Auxiliar de enfermería	44	21	65
FUNDACION UNINAVARRA	Radiología e Imágenes diagnósticas	10	8	193
	Enfermería	50	125	
CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD- CESALUD	Auxiliar de enfermería	73	347	456
	Auxiliar de salud oral	9	8	
	Auxiliar farmacia	9	4	
	Técnico Administración en Salud		6	
USCO	Medicina postgrado	2	3	362
	Medicina internos	35	27	
	Enfermería posgrado	2		
	Enfermería pregrado	123	156	
	Derecho	1	1	
	Psicología	6	6	
SENA	Técnico en enfermería	22	71	93
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO-UAN.	Enfermería	63	53	116
UNIVERSIDA COOPERATIVA DE COLOMBIA			30	30
FUNDACION UNIVERSITARIA MARIA CANO - FUMC		25	4	29
FUNDACION ESCUELA TECNOLOGICA DE NEIVA - FET	Administradores de salud ocupacional	4		4
	Tecnólogo en ingeniería ambiental	1		1
ESAP	Administración Pública	2	1	3
TOTAL		686	988	1674

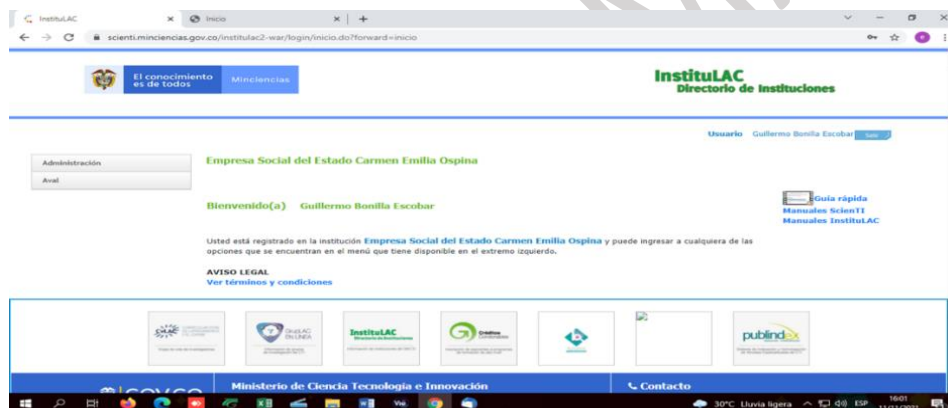
CONTRAPRESTACIÓN ECONÓMICA:

Durante la vigencia 2021 se recibió la siguiente contraprestación por escenario de práctica de las diferentes instituciones educativas.

CONTRAPRESTACIÓN ECONÓMICA POR SERVICIOS DE ESCENARIO DE PRÁCTICAS -2021			
VIGENCIA 2021	I semestre	II semestre	total
SAN PEDRO CLAVER	10.912.856	X liquidar	
CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD-CESALUD	N.A.	6.246.224	
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO-UAN.	18.485.598	2.297.967	
TOTAL	29.398.454	8.544.191	37.942.645
	En caja	x cobrar	

INSCRIPCIÓN EN INSTITULAC:

Durante la vigencia 2021, la ESE Carmen Emilia Ospina se registra a Min ciencias.



1.3 GESTIÓN GERENCIA-PLANEACIÓN



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

Proyectos ejecutados año 2021

CONSTRUCCION CENTRO DE SALUD AIPECITO.

En la actualidad se encuentra en ejecución los contratos que se relacionan a continuación correspondientes a obra e Interventoría para la Construcción del Centro de Salud de la Vereda Aipecito.

CLASE DE CONTRATO	CONTRATO DE OBRA	Nº00001182
CONTRATANTE	JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ – GERENTE ESE CARMEN EMILIA OSPINA	
C.C. NIT.	12.144.134	
CONTRATISTA	INGECOL VCH SAS.	
C.C. NIT.	900.562.286-5	
OBJETO	CONTRATAR LA CONTRUCCIÓN DE UN PUESTO DE SALUD EN LA VEREDA AIPECITO DEL MUNICIPIO DE NEIVA PARA LA ESE CARMENEMILIA OSPINA.	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOSM/CTE (\$768'407.547,00) M/CTE	
VALOR ADICIONAL 1	SESENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. (\$64.355.094)	
VALOR ADICIONAL 2	VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEICIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. (\$29.841.680)	
VALOR FINAL CONTRATO	OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE. (\$862.604.321)	
PLAZO O DURACION DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO	
ADICIONAL EN PLAZO 1	AMPLIACION HASTA EL 9 DE DICIEMBRE DE 2021	
ADICIONAL EN PLAZO 2	AMPLIACION HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2021	
FORMA DE PAGO	UN ANTICIPO EQUIVALENTE AL 40% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y EL SALDO RESTANTE SE PAGAR MEDIANTE LIQUIDACIONES PARCIALES CON CORTES DE OBRA MENSUALES, DE ACUERDO AL AVANCE Y PORCENTAJE ESTIMADO DE LOS TRABAJOS	

	EJECUTADOS.
FECHA FIRMA DE CONTRATO	JULIO 15 DE 2021
FECHA DE INICIO	29 DE JULIO DE 2021
FECHA FINAL PACTADA	30 DE DICIEMBRE DE 2021

CLASE DE CONTRATO	CONTRATO DE INTERVENTORIA	Nº00001214
CONTRATANTE	ESE CARMEN EMILIA OSPINA, JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ – GERENTE.	
C.C. NIT.	12.144.134	
CONTRATISTA	OSCAR UBEIMAR MENESES ORTEGA	
C.C. NIT.	7696763	
OBJETO	CONTRATAR LA INTERVENTORIA PARA CONSTRUCCION DE UN PUESTO DE SALUD EN LA VEREDA AIPECITO, DEL MUNICIPIO DE NEIVA (HUILA) PARA LA ESE CARMENEMILIA OSPINA.	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SESENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE (69.346.856)	
VALOR ADICIONAL	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTI UN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE. (\$6.821.639)	
VALOR FINAL CONTRATO	SETENTA Y SEIS MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE. (76.168.495)	
PLAZO O DURACION DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO	
AMPLIACION EN PLAZO 1	HASTA EL 9 DE DICIEMBRE DE 2021	
AMPLIACION EN PLAZO 2	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2021	
FORMA DE PAGO	UN ANTICIPO EQUIVALENTE AL 40% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y EL SALDO RESTANTE SE PAGAR MEDIANTE LIQUIDACIONES PARCIALES CON CORTES DE OBRA MENSUALES, DE ACUERDO AL AVANCE Y PORCENTAJE ESTIMADO DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS.	
FECHA FIRMA DE CONTRATO	JULIO 21 DE 2021	
FECHA DE INICIO	28 DE JULIO DE 2021	
FECHA DE TERMINACION	30 DE DICIEMBRE DE 2021	

Las obras se encuentran ejecutadas en un 98% restando solo la conexión eléctrica de la acometida que requiere autorización por parte de la Electrificadora del Huila S.A. E.S.P. de acuerdo al último informe de interventoría las obras civiles han sido ejecutadas en su totalidad con apego a las características y condiciones técnicas pactadas en el contrato y los otrosí que hacen parte del mismo.

RESEÑA FOTOGRAFICA ACTUALIZADA:





2. CONSTRUCCION CENTRO DE ATENCION INTEGRAL MATERNO INFANTIL

La Ese Carmen Emilia Ospina adelanta en el momento los estudios previos para realizar la Licitación pública y adjudicar los contratos de obra e Interventoría para la Terminación de la Fase 1 del Centro de Atención Integral Materno Infantil Caimi-Neiva.

En coordinación con Profesionales delegados de la secretaria de Salud y la Secretaría de Infraestructura del Municipio de Neiva se han desarrollado una Mesa Temática y una vista al sitio de obra para concertar detalles y verificar condiciones que permitan el normal desarrollo del proceso contractual y posterior ejecución de las obras. Igualmente se adelantó socialización del alcance del proyecto con representantes de la comunidad y verederos y profesionales de la Ese Carmen Emilia Ospina.

El proyecto se encuentra en su etapa precontractual.

La presente Fase contempla las siguientes acciones:

AREAS O SERVICIOS PRIMERA FASE

URGENCIAS

CIRUGIA DE BAJA COMPLEJIDAD

HOSPITALIZACION OBSTETRICA

LABORATORIO CLINICO

ESTERILIZACIÓN

RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD

TOMA ECOGRAFIA (OBSTETRICIA)

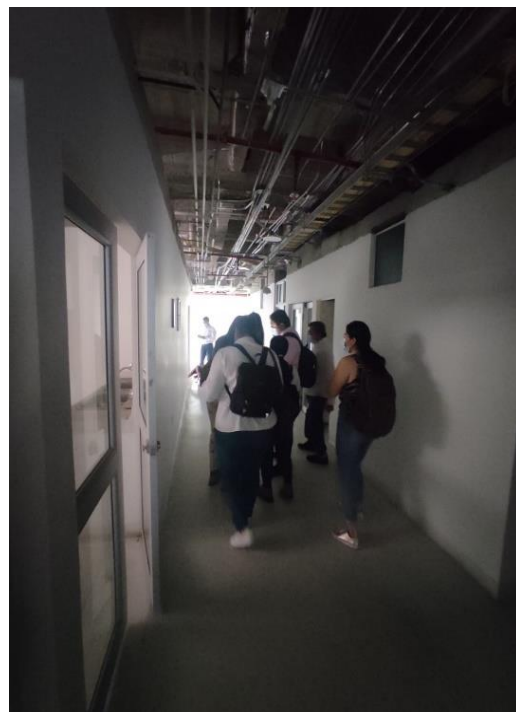
Las siguientes son las actividades que se desarrollaran en el contrato próximo a suscribir.

ITEM	DESCRIPCIO DE ACTIVIDAD
1	Preinstalación de sistemas de Ventilación y Aire Acondicionado HVAC en el Bloque I.
2	Suministro e Instalación de sistemas de Ventilación y Aire Acondicionado HVAC en las zonas críticas del Bloque I.
3	Suministro e Instalación de Equipos de Gases Medicinales.
4	Acometida eléctrica para aire acondicionado Bloque I Primer y Segundo Piso
5	Adecuación de obras civiles sobre el Bloque I
6	Construcción Cerramiento
7	Construcción Zona de Parqueos
8	Planta de tratamiento de aguas hospitalarias
9	Construcción Subestación II
10	Reposición y Construcción Redes de Media Tensión - Acometidas Subestaciones

Los valores de los contratos de acuerdo al presupuesto oficial son los siguientes:

DESCRPCIÓN	VALOR
VALOR OBRA CIVIL	\$ 4.289.134.038,45
VALOR INTERVENTORIA	\$ 380.000.000,00
TOTAL	\$ 4.669.134.038,45

RESEÑA FOTOGRAFICA VIVITA AL SITIO DE OBRA.



MANTENIMIENTO Y ADECUACIONES LOCATIVAS CENTRO DE SALUD VEGALARGA.

CLASE DE CONTRATO	CONTRATO DE OBRA	Nº00001080
CONTRATANTE	JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ – GERENTE ESE CARMEN EMILIA OSPINA	
C.C. NIT.	12.144.134	
CONTRATISTA	CONSORCIO INTEGRA PROCON	
C.C. NIT.	900.499.565-1	
OBJETO	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO Y LAS ADECUACIONES LOCATIVAS A TODO COSTO PARA EL CENTRO DE SALUD VEGALARGA DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CIENTO SETENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE. (\$179.972.067)	
PLAZO O DURACION DEL CONTRATO	DOS (2) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO	
ADICIONAL EN PLAZO 1	TREINTA (30) DIAS	
FORMA DE PAGO	UN ANTICIPO EQUIVALENTE AL 40% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y EL SALDO RESTANTE SE PAGAR MEDIANTE LIQUIDACIONES PARCIALES CON CORTES DE OBRA MENSUALES, DE ACUERDO AL AVANCE Y PORCENTAJE ESTIMADO DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS.	
FECHA FIRMA DE CONTRATO	JULIO 15 DE 2021	
FECHA DE INICIO	30 DE JUNIO DE 2021	
FECHA FINAL PACTADA	29 DE SEPTIEMBRE DE 2021	

Las obras fueron ejecutadas en su totalidad y recibidas a satisfacción por parte de la Supervisión y la Interventoría delegada por la ESE Carmen Emilio Ospina.

RESEÑA FOTOGRAFICA



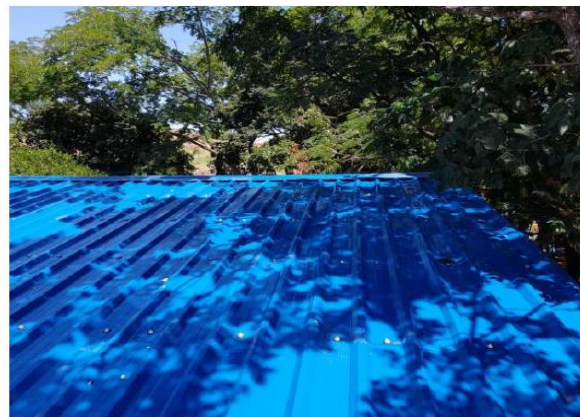
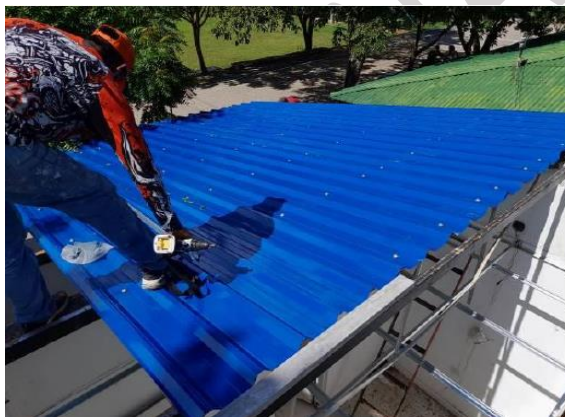


CONTRATAR EL MANTENIMIENTO Y LAS ADECUACIONES LOCATIVAS DEL CENTRO DE SALUD PEÑAS BLANCAS DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.

CLASE DE CONTRATO	CONTRATO DE OBRA	Nº00002162
CONTRATANTE	JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ – GERENTE ESE CARMEN EMILIA OSPINA	
C.C. NIT.	12.144.134	
CONTRATISTA	ANDERSON MAURICIO MARTINEZ OSORIO	
C.C. NIT.	7.713.801	
OBJETO	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO Y LAS ADECUACIONES LOCATIVAS A TODO COSTO PARA EL CENTRO DE SALUD VEGALARGA DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE. (\$65.000.000)	
PLAZO O DURACION DEL CONTRATO	DOS (2) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO	
FORMA DE PAGO	UN ANTICIPO EQUIVALENTE AL 40% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y EL SALDO RESTANTE SE PAGAR MEDIANTE LIQUIDACIONES PARCIALES CON CORTES DE OBRA MENSUALES, DE ACUERDO AL AVANCE Y PORCENTAJE ESTIMADO DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS.	
FECHA FIRMA DE CONTRATO	08 DE NOVIEMBRE 2021	
FECHA DE INICIO	08 DE NOVIEMBRE DE 2021	
FECHA FINAL PACTADA	21 DE DICIEMBRE DE 2021	

Las obras fueron ejecutadas en su totalidad de acuerdo a lo establecido en el contrato y recibidas a satisfacción por parte de la Interventoría y Supervisión delegada por la Ese Carmen Emilia Ospina.

RESEÑA FOTOGRAFICA



DISEÑOS Y PRESUPUESTO PALMAS SEGUNDA FASE



Actividades desarrolladas y en avances:

En la secretaria de salud departamental se encuentra radicada la viabilidad de capacidad instalada con radicado no. 21738 con fecha 10 de diciembre de 2.020, se está trabajando en la actualización del presupuesto a precios de 2.022; el presupuesto estimado para la ejecución del proyecto al año 2.020 era de \$9.756.175.000 para ser financiados por el sistema general de regalías.

CAIMI SEGUNDA FASE:

Se está trabajando articuladamente el proceso en conjunto con la secretaria de salud municipal y la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA, para presentar nuevamente el proyecto al ministerio de salud y protección social, con el presupuesto actualizado al año 2.022.

Se realizaron los ajustes a los diseños arquitectónicos, eléctricos, hidráulicos y estructurales para el proyecto de la fase II del “centro de atención integral materno infantil CAIMI”

Se presentó el proyecto al ministerio de salud y protección social en el año 2.020, se realizaron unas observaciones y se están realizando las correcciones y actualizaciones de los documentos para presentarlo nuevamente.

1.4 GESTIÓN DE COMUNICACIONES



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

El área de comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina es la encargada de posicionar la imagen institucional de manera interna y externa, buscando reconocimiento y generando herramientas que favorezcan las acciones desarrolladas por la entidad. Para la ejecución de estas actividades se toma como mapa de ruta el plan de acción institucional que orienta y enmarca las metas y las estrategias a desarrollar durante la vigencia actual, al tiempo que aporta al cumplimiento de lo propuesto en el Plan de Desarrollo.

Resultados por acciones

Objetivos corporativos:

- **Gestionar las acciones necesarias encaminadas a la calidad del mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales, con proyección a cumplimiento de estándares superiores de calidad**

Objetivos específicos

Implementar una herramienta TIC para la asignación de citas de manera virtual

Se realizaron pruebas con usuarios y representantes de las comunidades para la implementación y puesta en marcha del botón de asignación de citas que estará disponible en la portada inicial de la página web de la institución y que servirá de canal para que los usuarios puedan de manera independiente y según disponibilidad de agenda institucional asignar sus citas médicas, de enfermería y odontológicas.

Para la puesta en marcha de esta herramienta se realizaron acercamientos con la comunidad, socialización de la propuesta, pruebas de funcionamiento y recibidas sugerencias para su implementación y posterior beneficio a la comunidad. La socialización se desarrolló con habitantes de la Comuna 5.

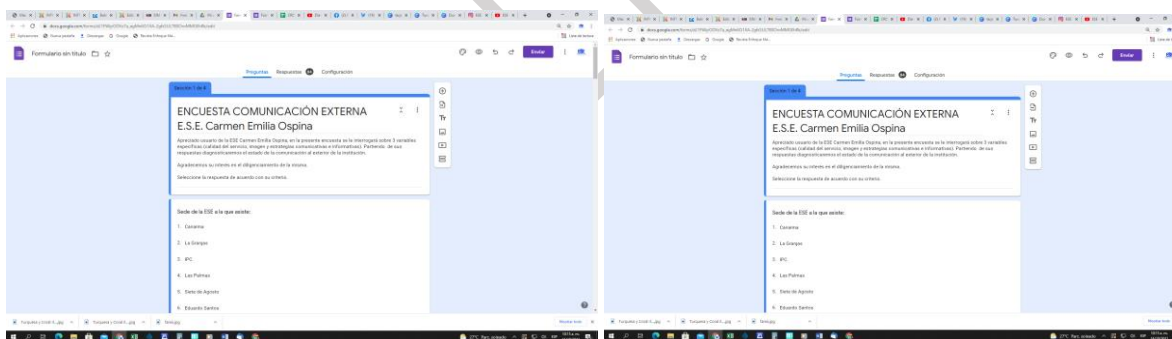


Elaborar estrategia de comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina

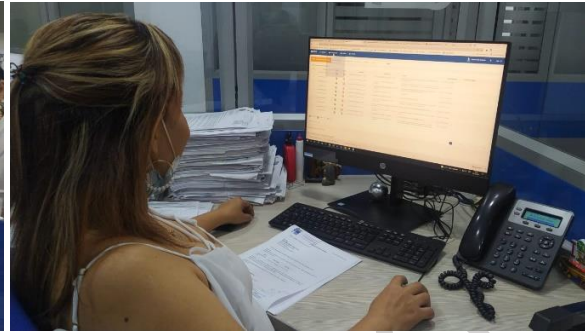
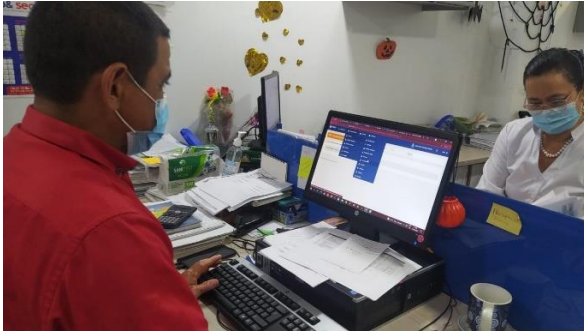
Las estrategia de comunicaciones es la base para el desarrollo de actividades desde el área de comunicaciones y el instrumento que asegura que en la entidad se maneje la comunicación con fluidez y solidez con el objetivo de posicionar la imagen y obtener reconocimiento positivo a nivel local y regional.

La construcción de la estrategia se basó en la elaboración de tres pasos o niveles: aplicación de encuestas para medir el estado de la comunicación a nivel interno y externo, diagnóstico del estado de la comunicación y divulgación e implementación de la estrategia.

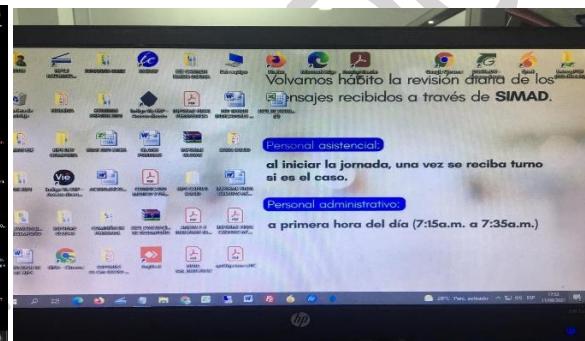
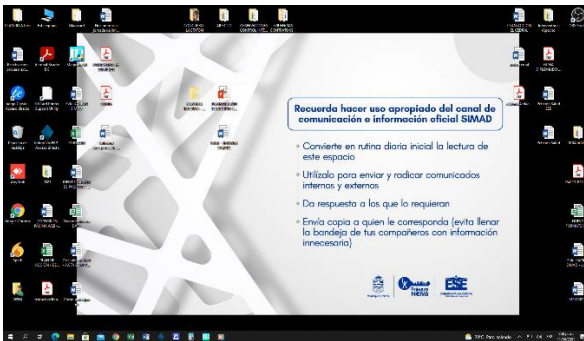
En primera medida se aplicaron 303 encuestas, para continuar con la construcción de un documento que analiza lo expuesto por la comunidad y el personal interno a través de las encuestas aplicadas y enmarca la estrategia para abordar la comunicación en la institución. Finalmente se inició la ejecución de acciones o estrategias planteadas a través del diagnóstico. Se trabajó a nivel interno en el posicionamiento del SIMAD como canal oficial de comunicación interna y en el envío de boletines institucionales como principal acción para llevar información a medios y a su vez ser transmitida por estos a su audiencia.



Respecto a la estrategia interna para el uso correcto del SIMAD, se integró mensajes a través de fondo de pantallas con tops para el buen uso de este medio, recomendaciones y sugerencias de lectura diaria en momentos específicos y como primera acción del día. Adicional se desarrollan rondas de verificación de uso del SIMAD, donde se logró evaluar o inspeccionar sobre su uso a las áreas TIC, técnico científica, gestión documental, talento humano, financiera, almacén, oficina jurídica y planeación han sido partícipes de la verificación.



Evidencia ronda de verificación uso del SIMAD



Evidencia fondos de pantalla establecidos

En total la estrategia de verificación se ha realizado en 152 oportunidades.

Política de comunicaciones: establecida en mapa de procesos y socializada con áreas (TIC, Planeación, Financiera, SIAU, Talento Humano, Gestión ambiental, Control Interno Disciplinario, Comunicaciones, Referencia, Farmacia, Higiene oral y Odontología) se encuentra en mapa. En **GE-S3-D3** y socializada con las áreas talento humano, facturación, defensa judicial, SIAU, Planeación, TICS, referencia y contrarreferencia, farmacia, odontología, higiene oral y control interno disciplinario.

En total se realizaron 12 espacios de socialización con las áreas mencionadas.



Listados de asistencia socializaciones realizadas

Link política mapa de procesos:

[https://2015.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/calidad/mapa3/1%20Gestion%20Gerencial/2%20Subprocesos/3%20Comunicaciones/4%20Documentos%20de%20Apoyo/GE-S3-D3-V1Politica de comunicaiones.pdf](https://2015.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/calidad/mapa3/1%20Gestion%20Gerencial/2%20Subprocesos/3%20Comunicaciones/4%20Documentos%20de%20Apoyo/GE-S3-D3-V1Politica%20de%20comunicaiones.pdf)

Fortalecimiento de la imagen

Para el fortalecimiento de la imagen institucional planteamos de manera inicial la construcción del manual de Imagen de la entidad y la actualización del manual de comunicaciones; ambos herramientas que aportan y acompañan el desarrollo de actividades, orientando sobre su manejo a través de directrices gráficas y orientaciones para el buen desarrollo de las actividades institucionales. Estos manuales aplican para todos los colaboradores de la entidad.

- **Manual de imagen:** construido y enviado para incorporación en mapa de procesos de la entidad.



02.1. Logotipo. Construcción



- **Actualizar manual de comunicaciones.** El manual se construyó y quedó pendiente el proceso de revisión por parte del área de comunicaciones para su posterior envío al área de calidad e incorporación en mapa de procesos de la entidad.

Seguimiento al despliegue de la información:

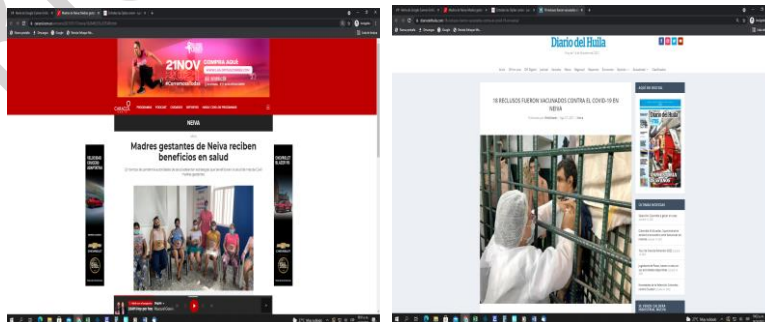
- **Plan de medios.** Como apoyo a las actividades implementadas del el área de comunicaciones, se ejecutó el Contrato 0916 con la empresa Sistema Integral ALFA cuya ejecución inició en el mes de abril y finalizó el último día del mes de junio y sirvió como apoyo para lograr el posicionamiento y despliegue de información a través de medios de comunicación locales.

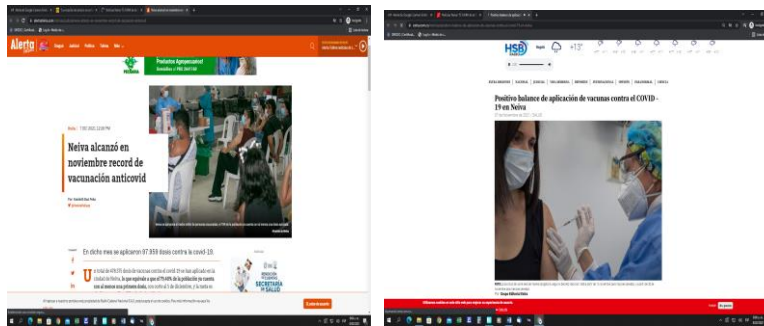
En la ejecución del plan se realizó la producción de seis (6) comerciales para radio (cuñas texto grabado) con la voz y producción, diseño de artes para internet, publicación de avisos publicitarios en páginas virtuales, publicación de slide en página principal del medio digital alfanoticias, producción y difusión de video institucional en la página principal del periódico digital alfanoticias; publicación de notas en página principal del periódico digital alfanoticias, publicaciones testimoniales en medios digitales, publicación de contenido audiovisual con información institucional, emisión a través de la estación de radio Huila Stereo Neiva., en la programación familiar (150 cuñas) y (23 cuñas9 en programación especializada.; y a través de la emisora Alfa Estéreo en el noticiero Popular (23 comerciales diarios) y en programación general – familiar (150 cuñas diarias).



Evidencia contrato suscrito e informe entregado por el contratista

Adicional a lo ejecutado a través de este contrato, desde el área de comunicaciones se logró acercamiento y seguimiento al despliegue de información, con el objetivo de analizar el tipo de información publicada por estos y el impacto que genera para la entidad. Para esto desde el área de comunicaciones se realizó verificación a los mensajes transmitidos en medios, a las menciones a través de páginas web o medios digitales y las publicaciones y sus reacciones desarrolladas en redes sociales.





Evidencia de publicaciones realizadas en medios de comunicación

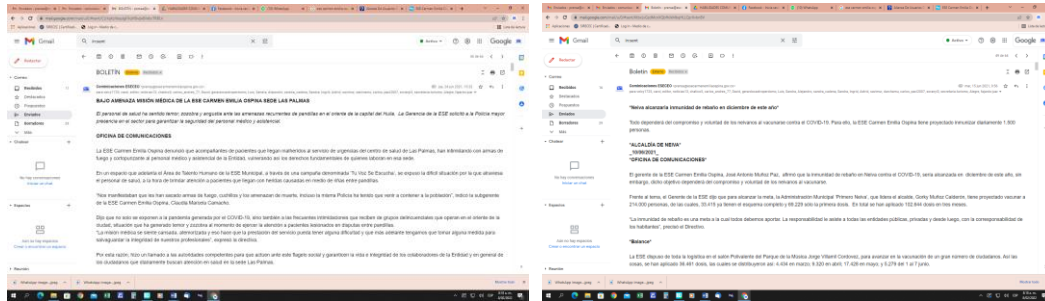
Posicionamiento de la imagen

Para lograr el posicionamiento de la imagen institucional, desde el área de comunicaciones se plantearon, acompañaron y realizó cubrimiento de actividades, campañas, brigadas de salud y otros eventos. Se logró el cubrimiento de 184 actividades.



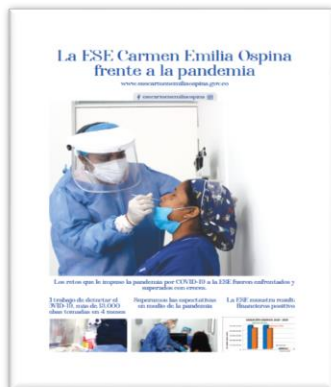
Divulgar de manera permanente información:

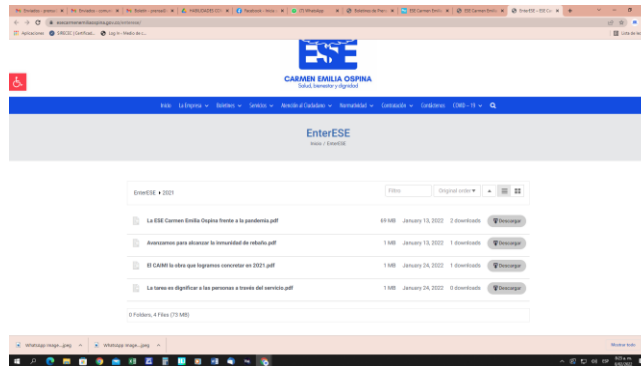
- Construir boletines de prensa para medios de comunicación. Semanalmente el área de comunicaciones realiza acompañamiento a las diferentes actividades realizadas y construye boletín informativo o de prensa para ser enviado a medios de comunicación o publicado a través de la Intranet. En la vigencia 2021 se logró la construcción y envío a medios de 184 boletines de prensa.



Evidencia del boletines enviados a medios de comunicación.

- Construir el Boletín EnterESE que recopila el acontecer de la institución y evidencia las actividades más importantes. Las emisiones del boletín han sido publicadas durante los meses marzo, septiembre, noviembre y diciembre de la presente vigencia.

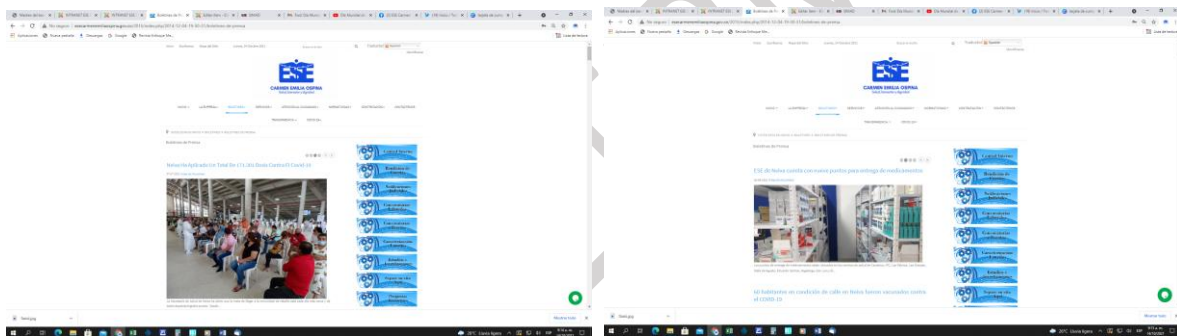




Evidencia portadas periódico EnterESE

Hacer uso de herramientas comunicativas

- Actualizaciones en página web. Incorporación de información a través del espacio de noticias. En total se realizaron 184 actualizaciones en la sección de noticias.



- Actualizaciones INTRANET

La página Intranet de la institución hace parte de los medios de información, en esta se publican boletines de prensa de interés de los colaboradores.

Durante el 2021 se publicaron un total de 96 boletines o notas de prensa.

- Carteleros físicos (estadística y evidencia de cambios). Se realizaron 24 actualizaciones de las carteleros ubicadas en los diferentes centros de atención de la zona urbana de Neiva.



- Carteleras digitales. Para el caso de estas actualizaciones, el área de comunicaciones cumplió con 24 actualizaciones.



Actualización y manejo de herramientas TIC

Los canales oficiales en redes sociales hacen parte de una herramienta que contribuye al posicionamiento de la imagen de la entidad y a su vez sirve como medio de información y comunicación con la ciudadanía.

Facebook (<https://web.facebook.com/esecarmenemiliaospina>): 784 publicaciones realizadas durante el tercer trimestre.

Twitter (<https://twitter.com/CarmenEmiliaESE>): 364 publicaciones realizadas durante el tercer trimestre.

Instagram (<https://www.instagram.com/esecarmenemiliaospina/?hl=es>): 171 publicaciones realizadas durante el tercer trimestre

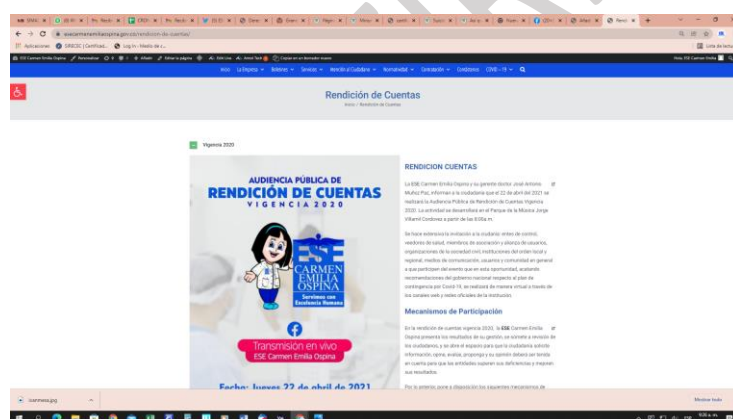
Youtube (https://www.youtube.com/channel/UCF3NrpkctPq0Jm1FncyU4_g): 12 publicaciones realizadas durante el tercer trimestre

Rendición de cuentas (evidencias del evento de las preliminares, pantallazos de página web y estadísticas de participación, relación de los pendientes de rendición de cuentas sectoriales con información 2021).

Para dar cumplimiento a la normatividad establecida en la circular 00008 de 2018 se desarrolló en segundo trimestre de 2021 el evento general de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la Vigencia 2020. De esta actividad en tercer trimestre de 2021 se recopiló el archivo y evidencias del desarrollo quedando pendiente la entrega de esta información a la subgerencia de la entidad, como área encargada del proceso.

En el espacio de rendición se logró la participación de 24 líderes, representantes de gabinetes municipal y departamental y entes de control y la conexión a través de la transmisión en vivo de más de 500 personas, adicional a quienes participaron a través de los medios de comunicación que retransmitieron la actividad.

<https://esecarmenemiliaospina.gov.co/rendicion-de-cuentas/>



Construcción de portafolio de servicios

El portafolio de servicios de la entidad es la carta de presentación de los servicios de salud en coordinación con el área técnico científica se logró su actualización.



Link de transparencia. Desde el área de comunicaciones se realizaron todas las actualizaciones (149 en total durante el tercer trimestre) según solicitudes previas realizadas por los diferentes líderes de procesos.

Propuesta valor

Para el caso de la propuesta valor, desde el área de comunicaciones se trabajó en la idea de generar una propuesta valor para la construcción de un hospital verde, iniciativa que fue aprobada y direccionada al área de gestión ambiental para su implementación.

- **Servicios integrados en RED**

Fortalecimiento de la comunicación con RED de líderes

Teniendo presente que la institución realiza de manera diaria acciones para el fortalecimiento de la relación con líderes de las diferentes comunidades, entendiendo la importancia de estos para transmitir mensajes, acercar a la comunidad o tomar decisiones respecto a estos, se constituyó desde inicios de la vigencia actual, la RED de líderes basada en garantizar una excelente relación con estas personas e involucrando sus puntos de vista en las decisiones institucionales. Es así como la gerencia y las áreas SIAU, técnico científica y comunicaciones han llegado a las comunidades para realizar acercamiento y compartir con estas el portafolio de servicios de la entidad y socializar temas importantes respecto a los servicios ofertados. En ese orden de ideas se ha logrado la presencia en diferentes comunas de la ciudad para compartir con la población y a su vez que estos sean multiplicadores del mensaje con sus comunidades.

En total se logró llegar a 417 líderes de los diferentes sectores de la ciudad con los que se dio inicio a la construcción de la red de líderes de la ESE Carmen Emilia Ospina.

1.5 GESTIÓN JURIDICA



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

Componente estratégico:

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

Línea Estratégica

Prevención del daño antijurídico:

Estrategias por componente:

-Defensa judicial oportuna

Durante la vigencia 2021, se ingresaron 58 tutelas, 469 peticiones y 21 demandas, las cuales fueron tramitadas en su totalidad y oportunidad, salvo 4 peticiones que fueron contestadas en un término superior al establecido legalmente.

-Ajustar las condiciones de la contratación de prestación de servicios profesionales (Administrativos-Asistenciales).

Con la finalidad de dar cumplimiento a la estrategia planteada, en cada Comité de Conciliación y Defensa Judicial se analizan las demandas de nulidad y restablecimiento del derecho en las que se pretende la declaratoria de un contrato realidad y el consecuente pago de prestaciones sociales, identificando las principales causas que originaron dichas demandas, por lo cual en el mes de diciembre del año 2020 y enero de 2021, se procedió a revisar los estudios previos y contratos celebrados entre la ESE CEO y el personal administrativo y asistencial realizando los respectivos ajustes en ambas minutas para la vigencia 2021, actividad que igualmente se realiza previo a la suscripción de los nuevos contratos.

En el primer semestre de la vigencia 2021, se identificó que las personas que más presentaban demandas por contrato realidad eran las auxiliares de enfermería, en el mes de abril, se determinó vincularlas mediante agremiación, con la finalidad de prevenir el daño antijurídico.

En el tercer trimestre del año 2021 también se pudo establecer que se han incrementado las demandas por contrato realidad promovidas por los conductores, lo que motivó al Comité a decidir, previo concepto emitido por el coordinador del área de contratación, vincularlos mediante agremiación sindical, lo cual se realizó a partir del mes de octubre con 19 conductores y el 1 de diciembre con otro más, para un total de 20 conductores, según informó área de contratación.

Con ocasión de la sentencia de unificación de jurisprudencia SUJ-025-CE-S2-2021 proferida el 9 de septiembre de 2021 por el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Segunda dentro del radicado No. 1317-2016,

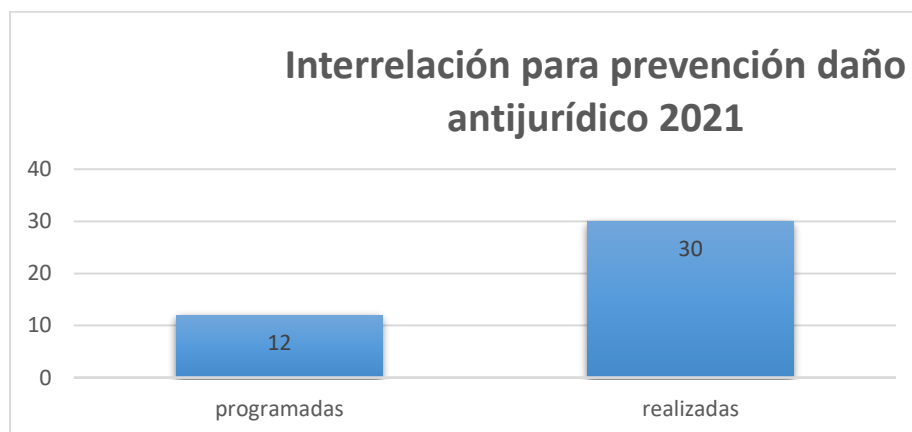
sobre contrato realidad, en el mes de noviembre se realizó mesa jurídica en la que se analizan las distintas modalidades de vinculación, los riesgos, el factor presupuestal, entre otros aspectos, los cuales fueron socializados en el Comité de Conciliación y Defensa Judicial, quien adoptó como lineamiento vincular por agremiación sindical al personal asistencial y administrativo con carácter de permanencia, como medida para prevenir el daño antijurídico.

Como resultado de lo anterior, tenemos que durante la vigencia 2021, se vinculó mediante agremiación a 144 médicos, enfermeras y bacteriólogos y 20 conductores.

-Interrelacionar permanentemente la Defensa Judicial con las distintas áreas de la entidad

Con la finalidad de dar cumplimiento a la estrategia, en cada Comité de conciliación y Defensa Judicial se analizan las demandas de reparación directa por falla en la prestación del servicio médico, identificando las principales causas que originan dichas demandas; en virtud de lo anterior se ha procedido a interrelacionar con los médicos concurrentes, profesionales de la salud, personal asistencial, así como con otras áreas de la entidad, distintos temas para prevenir el daño antijurídico.

Durante la vigencia 2021, se tenía previsto realizar 12 interrelaciones, sin embargo se realizaron un total de 30 reuniones.



-Actualizar el manual de procedimiento contractual en la entidad, el cual permita establecer aspectos específicos a desarrollar en cada una de las etapas precontractuales, contractuales y pos contractuales que se adelantan en aras de dar cumplimiento a las necesidades que surgen en las diferentes áreas de la misma.

Con la finalidad de dar cumplimiento a la estrategia planteada, en cada Comité de Conciliación y Defensa Judicial se analizan las demandas de nulidad y restablecimiento del derecho en las que se pretende la declaratoria de un contrato

realidad y el consecuente pago de prestaciones sociales, identificando las principales causas que originan dichas demandas.

De otra parte, se proyectó por parte de la oficina de contratación y el asesor de gerencia las modificaciones al manual de contratación de la ESE CEO el cual, fue socializado en la Junta Directiva de la ESE CEO el 27 de Diciembre del año 2021, encontrándose pendiente de aprobación por parte de la misma en la primera sesión del año 2022.

-Adelantar un estudio técnico y financiero que permita definir la contratación del personal asistencial que presta sus servicios a la entidad, teniendo en cuenta lo consagrado en la sentencia 171 de 2012, es decir se logre establecer la viabilidad de seguir adelantando su contratación a través de gremios sindicales, trabajos temporales o a través de personal de planta o cualquier medio contractual idóneo que permita prevenir el daño antijurídico de la entidad.

Durante la vigencia 2021, se realizaron los estudios técnicos y financieros, para la suscripción de los contratos de agremiación con el fin de vincular al personal asistencial y prevenir futuras demandas contra la ESE CEO por contrato realidad. Esta actividad estuvo a cargo de la oficina de contratación.

-Establecer un estudio técnico que permita actualizar y modificar el manual de contratación de la ESE CEO, con el fin de prevenir el daño antijurídico a la entidad.

Con la finalidad de dar cumplimiento a la estrategia planteada, en cada Comité de Conciliación y Defensa Judicial se analizan las demandas de nulidad y restablecimiento del derecho en las que se pretende la declaratoria de un contrato realidad y el consecuente pago de prestaciones sociales, identificando las principales causas que originan dichas demandas.

De otra parte, se proyectó por parte de la oficina de contratación y el asesor de gerencia las modificaciones al manual de contratación de la ESE CEO el cual, fue socializado en la Junta Directiva de la ESE CEO el 27 de Diciembre del año 2021, encontrándose pendiente de aprobación por parte de la misma en la primera sesión del año 2022.

-Adaptar una oficina virtual con equipo cómputo, software, agenda virtual e impresora, que sirva de herramienta para llevar a cabo las audiencias programadas y realizar seguimiento a los procesos que se adelantan por los abogados de defensa judicial que actúan en representación de la ESE CEO.

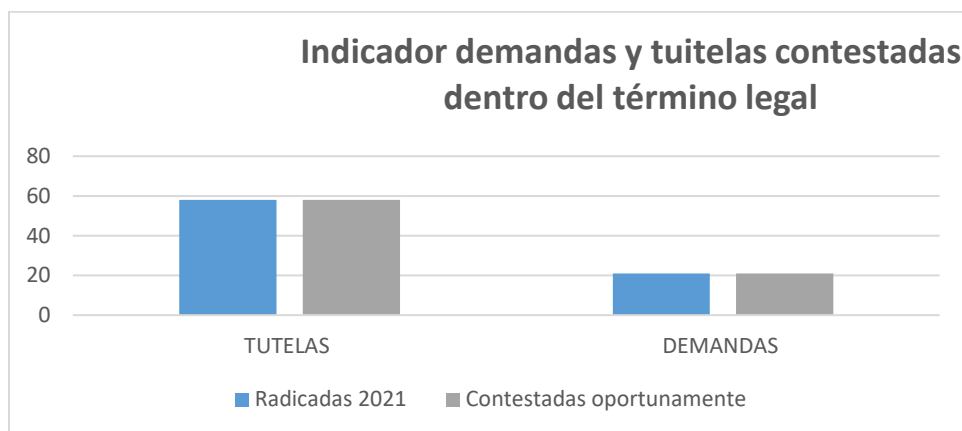
Se realizaron las gestiones pertinentes para adquirir el SOFTWARE para el área de defensa judicial, en el que se pueda hacer seguimiento a los procesos y que la

entidad tenga acceso a la trazabilidad de los mismos, quedando la disponibilidad presupuestal para poder adquirirlo en el segundo semestre del año 2021.

No obstante se presentó solicitud de anulación del referido CDP por no alcanzarse a realizar el proceso contractual en la vigencia 2021. Ya se cuenta con estudios previos y se espera en los primeros meses del año 2022 que se materialice esta contratación.

Las áreas que tengan indicadores de gestión a su cargo deben relacionarlos en el informe de manera concreta y resumida.

	Radicadas 2021	Contestadas oportunamente
TUTELAS	58	100%
DEMANDAS	21	100%



1.6 GESTIÓN CONTROL INTERNO



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

Auditorías programadas

Para la vigencia del 2021 se programaron 8 auditorías conforme a nuestro procedimiento y formato preestablecido para tal fin, CI-S1-F3-V2-Priorización del universo de auditoría basado en riesgos, las cuales se cumplieron al 100%, estas son:

- Auditoría al subproceso del sarlaft.
- Auditoría a inventarios a papelería y Auditoría a los Inventarios de insumos de covid19 dados por donación.
- Auditoría al subproceso disciplinario.
- Auditoría Al Subproceso De Planeación- Planes De Acción- Desarrollo Y Gestión- Vig.2021.
- Auditoría a liquidación nómina.
- Auditoría a la contratación de bienes y servicios vig. 2021.
- Auditoría al subproceso de cartera.
- Auditoría a contratos de compra de equipos biomédicos para CAIMI
-

Planes de mejora:

- Auditoría al subproceso del sarlaft, se evidencio 12 hallazgos de los cuales se plantearon 17 acciones de mejora.
- Auditoría a inventarios a papelería, se evidencio 2 hallazgos de los cuales se plantearon 3 acciones de mejora.
- Auditoría a los Inventarios de insumos de covid19 dados por donación, se evidencio 1 hallazgo generando 2 acciones de mejora.
- Auditoría al subproceso disciplinario, auditoría que no genero hallazgos.
- Auditoría Al Subproceso De Planeación- Planes De Acción- Desarrollo Y Gestión- Vig.2021, se evidencio 4 hallazgos y se plantearon 7 acciones de mejora.
- Auditoría a la contratación de bienes y servicios vig. 2021, se evidencio 15 hallazgos, pendiente la entrega del plan de mejora por el área de Contratación.
- Auditoría a liquidación nómina, se evidencio 1 hallazgo y se plantearon 1 acciones de mejora.
- Auditoría al subproceso de cartera se entregó informe definitivo donde no se generaron hallazgos, pero se dejó recomendaciones para la mejora del proceso.
- Auditoría a contratos de compra de equipos biomédicos para CAIMI, se entregó informe quedando 5 hallazgos, pendiente entrega de plan de mejora.

Para la vigencia 2021 solamente contábamos con seguimientos de planes de mejora de auditorías realizadas durante las vigencias 2020, y por ende las auditorías que se realizaron en esta vigencia. De los 13 planes de mejora de la vigencia 2020 y 2021, se cerraron 10 por cumplimiento de las acciones, queda pendiente el cumplimiento de una (1) acción del plan de mejora a la auditoría sarlaft, igualmente el seguimiento del plan de mejora Auditoría a la contratación de bienes y servicios vigencia 2021 donde se suscribieron

21 acciones, quedando el cumplimiento para la vigencia 2022, y está pendiente la entrega del plan de mejora de la Auditoría contratación de bienes y servicios para CAIMI.

Seguimiento planes de mejora externos- Contraloría Municipal

Seguimiento a plan de mejora auditoría AUDIBAL Vigencia 2019.

Se realizó seguimiento a plan de mejora AUDIBAL suscrito con la Contraloría Municipal de Neiva, el cual quedaron 2 hallazgos que generó 2 acciones de mejora, donde los líderes de Presupuesto, contabilidad y tesorería presentaron las evidencias para el cumplimiento. Plan de mejora que fue evaluado por la contraloría en esta vigencia 2021, dejando como resultado un cumplimiento del 100% y cerrándolo.

Seguimiento al plan de mejora Auditoría Gubernamental regular 2019

Se realizó el seguimiento del plan de mejora el cual quedaron 19 hallazgos y se suscribieron 38 acciones con las áreas de contratación, tesorería, Almacén, planeación, control interno, Jurídica, y SIAU, donde los líderes presentaron las evidencias para el cumplimiento. Con relación a la evaluación realizada por la Contraloría Municipal al plan de mejora, dio un resultado de cumplimiento del 95.15%, estableciéndose que con un nivel mayor del 80% se entiende como un Plan de Mejoramiento "QUE CUMPLE", pero a pesar de cumplimiento quedaron 8 acciones abiertas para la vigencia 2021, el cual fueron calificadas como no efectivas en su control. Acciones de mejora que se plasmaron en el nuevo plan de mejora de la Auditoría de Cumplimiento vigencia 2020.

Otros Informes de Seguimientos

Evaluación y seguimiento al cargue de los documentos contractuales en la Plataforma SIA OBSERVA y SECOP-

Resultados del Informe realizado y presentado en el mes de mayo del 2021.

A pesar de los avances y compromiso que el área de contratación adquirió con el cargue de los documentos anexos a la plataforma de SIA Observa, no se ha cumplido con el 100% de la vigencia del 2020, estando en un porcentaje del 87,30%, del contrato.

En relación a la vigencia del 2021, hay avances en el cargue de los documentos quedando con un porcentaje del 44,72%, equivalente así: Para el mes de enero con un 66,19%, febrero son un 49,33%, marzo con un 28,90%, abril con un 40,38%, a pesar del avance observamos que, de los 989 contratos rendidos al mes de abril, 565 contrato ya se encuentra terminados, debería ser mayor el porcentaje de avance.

En lo que respecta al Secop I, la situación es más compleja, debido a que no se está cumpliendo con el cargue de la documentación precontractual, contractual y pos contractual, se debe indicar que esta información debe ser cargada en su totalidad y no se justifica su cumplimiento cargando parte de ella, toda vez que la norma indica que el cargue debe ser total. Sin desconocer que es de suma importancia que estos sean actualizados de manera permanente.

Es de recordar que el no cumplimiento de esta obligación estaríamos en riesgo de posibles sanciones como lo contempla la Resolución Orgánica 008 del 30 de octubre de 2015, Resolución No. 015 del 2020, expedida por la Contraloría Municipal de Neiva, y demás normas concordantes, donde expresa la obligatoriedad de la rendición de los contratos y sus anexos en la Plataforma SIA OBSERVA, más aun sabiendo que en la auditoria Gubernamental modalidad regular de la vigencia 2019, dejaron hallazgo por el incumplimiento de esta obligación. Finalmente, se tiene previsto que la Contratación de régimen especial, se va a migrara a Secop II, por tal motivo se debe tener claridad los documentos que deben ser cargados, con el fin de que sean los mismos que se solicitan, dado que el Secop II nos permitirá en tiempo real, verificar el estado de cada proceso contractual.

Resultados del Informe realizado y presentado en el mes de noviembre 2021

A pesar de los avance y compromiso que el área de contratación adquirió con el cargue de los documentos anexos a la plataforma de SIA Observa, no se ha cumplido con el 100% de la vigencia del 2020, además, se debe resaltar que estamos cerca de culminar la vigencia 2021 y estos contratos aún no están cargados en un 100%. La vigencia 2021, no se han cargado en su totalidad los documentos en la plataforma SIA OBSERVA, lo que indica que en la vigencia 2022, se contara con atrasos en el cargue de documentación de las vigencias 2020 y 2021.

En lo que respecta al Secop I, la situación sigue siendo compleja, debido a que no se está cumpliendo con el cargue de la documentación precontractual, contractual y pos contractual, se debe indicar que esta información debe ser cargada en su totalidad y no se justifica su cumplimiento cargando parte de ella, toda vez que la norma indica que el cargue debe ser total.

Reiteramos la importancia del cumplimiento del cargue de la información, el no cumplir con esta obligación estaríamos en riesgo de posibles sanciones como lo contempla la Resolución Orgánica 008 del 30 de octubre de 2015, Resolución No.015 del 2020, expedida por la Contraloría Municipal de Neiva, y demás normas concordantes, donde expresa la obligatoriedad de la rendición de los contratos y sus anexos en la Plataforma SIA OBSERVA, más aun sabiendo que en la auditoria Gubernamental modalidad regular de la vigencia 2019, dejaron hallazgo por el incumplimiento de esta obligación.

Finalmente, se tiene previsto que la Contratación de régimen especial, se va a migrara a Secop II, por tal motivo se debe tener claridad los documentos que deben ser cargados, con el fin de que sean los mismos que se solicitan, dado que el Secop II nos permitirá en tiempo real, verificar el estado de cada proceso contractual.

RECOMENDACION

1. Se resalta que esta falencia se encuentra como hallazgo administrativo en las auditorías realizadas por la Contraloría Municipal de Neiva quedando con plan de acción desde la vigencia 2018, 2019 y 2020, por tal motivo y dada las alertas de la contraloría, donde nos informan que, si las falencias continúan o son recurrentes, pueden convertirse en hallazgos disciplinarios.
2. La circular externa No 23 de 16 de marzo de 2017, indico que *“Las Entidades que aún utilizan el SECOP I están obligadas a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición.”* Por lo anterior, es necesario que la ESE CEO, cumpla con esta circular, a fin de evitar sanciones por el no cumplimiento en el cargue de la información.
3. Dar prioridad al cargue de los documentos de la vigencia 2020 en las plataformas de Sia Observa y Secop, dado que esta información debe quedare completa en un 100%
4. Reiteramos la importancia de realizar un seguimiento estricto al cargue de los documentos en la plataforma Sia Observa y SECOP I.
5. Nuevamente recomendamos realizar un Plan de mejora urgente y destinar personal a fin de que pueda darse estricto cumplimiento y poner al día el cargue de los documentos pre y pos contractuales en la Plataforma Secop I, de las vigencias 2020 y 2021.
6. Idear estrategias a fin de que el cargue de los documentos en la plataforma Sia Observa y Secop, se haga de manera periódica.

Informe acciones de repetición al área Jurídica-

Informe realizado y presentado en el mes de marzo del 2021. De los documentos aportados por el Área Jurídica, se puede observar que se han realizado los estudios pertinentes a fin de determinar la procedencia o no de las acciones de repetición, los temas han sido discutidos y llevados a cada uno de los comités y los mismos toman la decisión de dar inicio o no al Medio de Control de Repetición. Los plazos en los cuales se han discutido los asuntos están dentro del término y además, las demandas del medio de control de Repetición que el comité ha decidido iniciar, también se han realizado dentro de los términos dispuestos en la Norma. Por lo tanto se evidencia, que el medio de Control de Repetición se ha realizado de acuerdo a las disposiciones del ordenamiento jurídico y las decisiones del comité han sido oportunas a fin de dar inicio con las respectivas demandas, cuando ha sido esa la decisión del comité.

Seguimiento al cumplimiento de la ley transparencia-

Informe realizado y presentado el 30 de abril 2021. Se encontraron falencias en la mayoría del ítem que conforman la matriz de ITA, donde se evidencia información sin actualizar, enlace que no direcciona a la información requerida, información que no es lo solicitado o no se encuentra en el formato requerido por la matriz.

Informe a liquidación de contratos y actas de terminación

Informe realizado y presentado en el mes de febrero del 2021- primer seguimiento al avance de las liquidaciones realizado en julio 2021.

VIGENCIA	ESTADO DE CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS SIN	PORCENTAJE	DIFERENCIA TOTAL
2019	SIN LIQUIDAR	47	\$1.652.407.685	N/A
2019	LIQUIDADOS	11	\$194.714.050	\$1.457.693.635

Teniendo en cuenta el cuadro anterior, nos encontramos con un avance porcentual en liquidación de contratos de un 29%, queda pendiente un porcentaje de liquidación equivalente a 71%, además, en cuanto a la liberación de recursos se encuentra pendiente producto de esa no liquidación de contratos, la suma de \$1.457.693.635.

Se resalta del informe que La empresa INGEODER PHARMA S.A.S., identificada con el NIT. 900920627, y cuyos contratos sin liquidar son los 1600 y 1601, que ascienden a la suma de Mil trescientos treinta y tres millones cuatrocientos doce mil treinta y cuatro pesos (\$1.333.412.034), en realidad se le han cancelado la suma de Mil Trescientos veintiséis Millones ciento noventa y dos mil seiscientos noventa y seis pesos (\$1.326.192.696), la diferencia de siete millones doscientos

diecinueve mil trescientos treinta y ocho pesos (\$7.219.338), sin embargo el contrato aún se encuentra sin liquidar.

Los CONTRATOS pendiente por liquidar de la vigencia 2020, ascendía a 147 contratos, de los cuales se han liquidado 82, lo cual nos arroja un avance del 55,7% de avance en el proceso de liquidación de contratos.

Seguimiento al cumplimiento del SIGEP-

Informe presentado en el mes de noviembre del 2021. Encontrando lo siguiente, revisada la información por nombre y número de cedula, en el archivo arrojado en la plataforma del SIGEP, en cuanto a los Servidores Públicos, encontramos que el porcentaje de cumplimiento en la actualización de las Hojas de vida es de 40.48%, es de resaltar que se verifico el 100% de los servidores públicos.

Por otra parte, y con la muestra aleatoria recolectada de los contratistas, encontramos que el porcentaje de cumplimiento es del 40% de las hojas de vida que actualmente se encuentran actualizadas. Se generaron las siguientes recomendaciones:

- Requerir a los Servidores públicos a fin de que procedan a actualizar las hojas de vida en la plataforma del SIGEP.
- Verificar de manera periódica que los Servidores públicos actualicen las hojas de vida en la plataforma del SIGEP.
- Verificar que, al momento de la suscripción de un contrato de prestación de servicios, los futuros contratistas cuenten con las hojas de vida actualizada en el SIGEP

ENFOQUE HACIA LA PREVENCION

Informes De Ley Presentados Por La Oci

INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DEL INFORME	FECHA DE PRESENTACION	PLATAFORMA
Informe de Gestión de la Oci	ANUAL	30/01/2021	14/01/2021	WEB ESE CEO
Evaluación por dependencia	ANUAL	30/01/2021	29/01/2021	WEB ESE CEO
Evaluación del sistema de Control Interno	SEMESTRAL	30/01/2021 30/07/2021	29/01/2021 28/07/2021	WEB ESE CEO
Elaboración informe semestral de la oficina de SIAU. Ley 1474 de 2011	SEMESTRAL	30/01/2021 30/07/2021	25/01/2021 27/07/2021	WEB ESE CEO
Origenamiento del FORAS (Formulario Único de avance de la Gestión) - Se reporta el informe ejecutivo anual sobre el avance del SCI. Ley 87 de 1993	ANUAL	15/03/2021	11/03/2021	FURAG
Informe de control interno contable. Resolución 193 del 2016 (28 de febrero)	ANUAL	28/02/2021	26/02/2021	CHIP
Elaboración del informe de austeridad y eficiencia en el gasto. Decreto 1737 de 1996 y Decreto 0984 del 14 de mayo de 2012 (Plazo hasta el último día del mes)	TRIMESTRAL	28/02/2021 30/05/2021 30/08/2021 30/11/2021	26/02/2021 28/05/2021 29/08/2021 29/11/2021	WEB ESE CEO
Informe sobre verificación, recomendaciones, seguimiento y resultados sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre SOFTWARE. CNFP. Directiva presidencial No 02 de 2002. Circular 12 del 2 de febrero de 2007. Circular No 17 de 2011. LEY 1712 DEL 2014	ANUAL	20/03/2021	8/03/2021	Dirección Nacional de Derecho de Autor
Registro de avances Control Interno en plataforma SIA MISIIONAL - Formato F-23 - Planes de mejora Contraloría Municipal de Neiva. Formato F-35 - Evaluación y seguimientos	ANUAL SEMESTRAL (F23)	28/02/2021 22/07/2021	19/02/2021 15/07/2021	SIA MISIIONAL
Seguimiento mapa de riesgos de anticorrupcion	TRIMESTRAL	15/03/2021 14/05/2021 14/09/2021	10/03/2021 10/05/2021 14/09/2021	WEB ESE CEO

Reporte del FURAG



Para el año 2021 la Oficina de Control Interno realizó el diligenciamiento del FURAG de la vigencia 2020, teniendo como resultado 70.3 donde se refleja aumento en la gestión de 2.5 en comparación a la vigencia 2019. Como estrategia para la mejora en la evaluación del FURAG de la vigencia 2021, se suscribió plan de acción en compañía del área de planeación, el cual se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Actualización de la matriz de riesgo de gestión y corrupción de los procesos GE- S1-F02.
- Realizar el autodiagnóstico conforme al instrumento que tiene la función pública del código de integridad solicitando la evidencia al área de talento Humano.
- Llevar al comité de gestión y desempeño la actualización del mapa de riesgo.
- Realizar autodiagnóstico de rendición de cuentas conforme al instrumento que tiene la función pública.

Informe Atención al ciudadano- PQRSD

Se realizó el análisis de las PQRDS del primer semestre de las áreas de SIAU y Jurídica y análisis de la satisfacción global que se mide a través de las encuestas, generando las siguientes **conclusiones y recomendaciones**:

- Se observa la buena gestión por parte del Líder del área de SIAU, el cual realizó la modificación del formato SIU-S2-F1-V5 donde se incorporó el canal de recepción de las PQRSF, dando cumplimiento a la Circular 008 del 2018, además se observó el cumplimiento en la oportunidad de las respuestas de las PQRS.
- Se recomienda fortalecer los canales de comunicación que tiene la ESE CEO, para que los usuarios interpongan su PQRSF, ya que se observó que

solamente se están recibiendo por buzón y correo electrónico, además fortalecer el conocimiento a las personas responsables del diligenciamiento del formato SIU- S2-F1-V5, ya que se encontró falencias en el llenado de las casillas de clasificación de las PQRSF como en la oportunidad en la atención, incorporando datos que no corresponden.

- Con relación a las peticiones que gestiona el área Jurídica, observamos nuevamente falencia en la clasificación de las peticiones dando esto a confusión en el término de contestación, llegando a quedar las respuestas extemporáneas.
- Se recomienda actualizar el procedimiento de derechos de petición aclarando las clases de peticiones, sus términos para la respuesta y a vez estandarizar el formato enviándolo a calidad para su codificación, como la socialización del procedimiento al personal encargado de las contestaciones. Es de recordar la importancia de la clasificación de los derechos de petición ya que dicha información se rinde anualmente a la Contraloría Municipal, se suben mensualmente a la plataforma de ley de transparencia, donde se puede evidenciar las falencias en los términos de la contestación.
- Al revisar la satisfacción del usuario, se observó que sobre las encuestas realizadas a pesar que no se actualizo la meta para la vigencia 2021, la satisfacción global está por encima del 95%, concluyendo que los servicios prestados por la ESE CEO son oportunos, y con calidad.
- Se recomienda se dé aplicabilidad al procedimiento "SIU-S2-P3 "Gestión de Encuestas" en relación a la actualización de la meta de las encuestas que mensualmente se debe realizar, como también en la realización de las encuestas en todas las sedes de la ESE CEO, de esta forma damos cumplimiento a nuestro procedimiento interno y a la normatividad de habilitación y generándonos una mayor confiabilidad en los resultados generados que nos mide la satisfacción global.
- Se recomienda que el líder encargados del área de SIAU continúe con los seguimientos pertinentes (autocontrol) a las actividades propias de esta área y se tomen las medidas para el cumplimiento.

Evaluación del Control Interno Contable

La Auditora Contable realizó la evaluación al control interno contable, encontrando que la entidad aplica las políticas contables de acuerdo a la norma. Políticas contables versión 2. Instructivo 002 de la Contaduría General de la Nación. Resolución 414 de 2014.

Evaluación Independiente del sistema de Control Interno

La evaluación independiente del Estado del Sistema de Control Interno de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, para la vigencia del 2020 quedo con un porcentaje del 82%, para la vigencia del 2021 1 semestre mostro un crecimiento 6% en relación a la vigencia 2020, arrojando un nivel de operatividad de los componentes del 88%, y para el II semestre tiene un crecimiento del 2%, y su calificación es del 90%. Se considera que se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva. Se evidencia que los componentes se encuentran operando de manera integrada con mejoras pendientes, pero esto se debe a la articulación del sistema de control interno con el Modelo integral de Planeación y gestión- MIPG.

Informe de Austeridad del Gasto

Para la vigencia 2021 al corte de diciembre, se ha realizado evaluación de la austeridad del primero, segundo y tercer trimestre, el cuarto trimestre se realiza en la vigencia 2022. Socializándose todas las recomendaciones presentadas en el informe.

Con relación a los informes de la Supersalud, se aclara que para el mes de abril nos apareció esos informes que anteriormente la ESE CEO no rendían, donde el 12 de abril al conocer de ellos, los líderes los rindieron quedando extemporáneamente, posteriormente se observa que los informes fueron eliminados por la Supersalud para rendición por parte de la ESE CEO, quedando con la incertidumbre si esos informes nos afectara para la calificación de oportunidad o sanción por incumplimiento.

Fomento de la cultura de Autocontrol

Para la vigencia 2021, se realizaron boletines con el objeto de fomentar la cultura de autocontrol, igualmente se realizó capacitación en Riesgos de gestión y corrupción y riesgos fiscales.

Asistir a los Comités en que se requiera acompañamiento y/o asesoría de la OCI según la naturaleza de sus funciones

La oficina de control Interno, asistió como invitado permanente para la vigencia 2021 a los comités de Conciliación y Defensa judicial y a los comités Institucional de Gestión y Desempeño.

Comité Institucional de Control Interno

Para la vigencia del 2021, se realizaron los siguientes comités de Coordinación de Control interno dan cumplimiento a lo programación en el plan de acción, con 4 comités.

EVALUACION DE LA GESTION DEL RIESGO

Seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano Y Riesgo de Corrupción

Para la vigencia 2021, se ha realizado dos seguimientos conforme lo establece la ley 1474 de 2011, el Decreto 124 de 2016 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Seguimiento al mapa de Riesgo de Procesos

Para la vigencia 2021 a corte del mes de agosto, se realizó el seguimiento a los 34 riesgos del mapa de procesos, evidenciando que los líderes gestionaron sus actividades conforme a los controles preexistentes en busca de la no materialización de los riesgos. El seguimiento fue publicando en el mapa de procesos en el botón de riesgos.

En mira de dar cumplimiento a los hallazgos de la contraloría Municipal en relación a la desactualización de la matriz de riesgo, la oficina de control interno realizo el acompañamiento en la actualización de las políticas de riesgo, el formato de la matriz de riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital, igualmente realizo capacitaciones a los líderes de los procesos sobre los riesgo y el diligenciamiento de la matriz de riesgo para su actualización, finalizando con mesas de trabajo donde se actualizo los riesgo de gestión y corrupción para la vigencia 2022.

LIDERAZGO ESTRATEGICO

En cumplimiento a lo descrito en la ley 87 de 1993 artículo 9º, le corresponde a la Oficina de Control Interno, asesorar a la dirección en la continuidad de los procesos con el fin de dar con el logro de las metas u objetivos de la Institución, desde la oficina se dieron las alertas oportunas mediante los informes de evaluación, informes de ley y seguimiento a los riesgos, informes que se daban a conocer a través del Simad, en los comités y en la socialización de las auditorias

RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

Auditoria de Cumplimiento de la vigencia 2020

Entre los meses de septiembre a noviembre de esta vigencia 2021, la contraloría Municipal de Neiva realizo auditoria de Cumplimiento a la vigencia 2020, llevándose en completa normalidad y cumpliendo los las evidencias solicitadas, el día 5 de

noviembre entregaron el informe definitivo donde quedaron solamente hallazgos administrativos. Se suscribió plan de mejora para los 12 hallazgos administrativos y 6 hallazgos que pasaron de la vigencia 2019, siendo adoptado por la ESE CEO bajo la Resolución 413 del 11 de noviembre del 2021, seguimiento que debe ser realizado entre el 30 de enero al 30 de julio del 2022.

ORIGINAL FIRMADO

2. GESTIÓN DEL DESARROLLO INSITUCIONAL

2.1 GESTION DE ALMACEN



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

El área de ALMACEN tiene como objetivo principal Garantizar la oportuna adquisición de bienes y servicios a contratistas bajo los principios de transparencia, economía y responsabilidad, de acuerdo con los requisitos establecidos por la entidad; así mismo generar la distribución de suministro de elementos, insumos y activos a los centros de salud urbanos y rurales de la E.S.E., de forma oportuna y su adecuado almacenamiento, control y conservación.

ELEMENTOS DE PROTECCION A LA COMUNIDAD



ELEMENTOS DE EQUIPOS BIOMEDICOS

Contrato de Equipos biomédicos	\$49.999.207
---------------------------------------	---------------------



Contrato de Equipos biomédicos RX	\$ 660.709.659
--	-----------------------



Contrato de Equipos odontológicos	\$ 122.800.000
Contrato de Equipos instrumental odontológicos	\$ 42.078.579



Contrato de dotación Equipos Apiecito	\$110.852.163
Contrato de Equipos tecnológicos	\$124.848.000

Contrato de canecas para la segregación en la fuente	\$14.999.000
---	---------------------

Contrato de ropa hospitalaria	\$21.000.000
Contrato de batas hospitalarias	\$14.999.000

ORIGINAL FIRMADO

2.2 GESTION DE MANTENIMIENTO



CARMEN EMILIA OSPINA

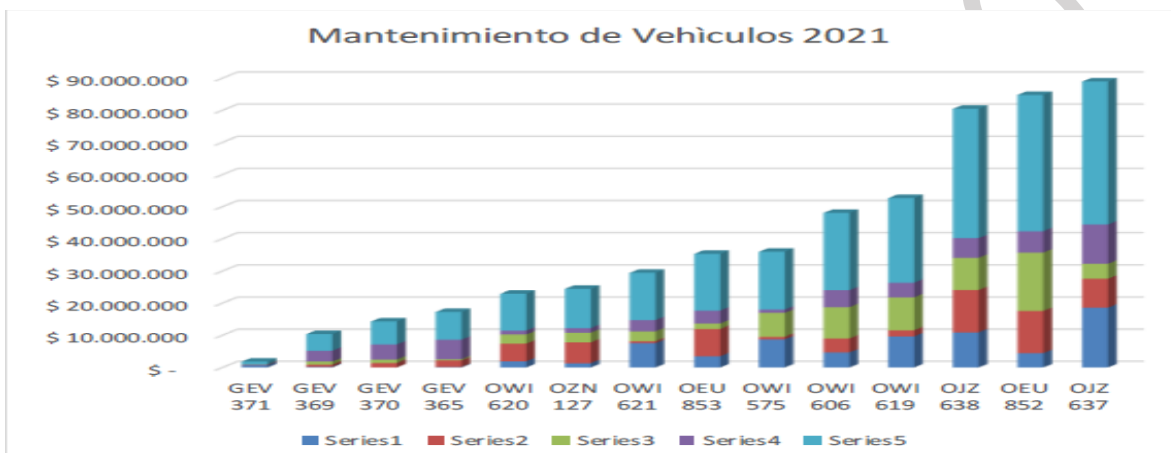
Salud, bienestar y dignidad

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOS

CONTRATO	VALOR
023 DEL 2021	\$216.000.000
02440 DEL 2021	\$45.000.000

CONSUMO EN MANTENIMIENTO DE VEHICULOS:

\$273.423.000



MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE AIRES ACONDICIONADOS:

CONTRATO	VALOR
023 DEL 2021	\$130.000.000
02437 DEL 2021	\$36.000.000

Durante la vigencia 2021 se realizaron en total los siguientes mantenimientos de sistemas de aire acondicionado:

Mantenimiento Preventivo: 1.155

Mantenimiento Correctivo: 151

MANTENIMIENTO DE MUEBLES Y ENSERES:

CONTRATO	VALOR
610 DEL 2021	\$100.000.000

ALQUILER DE SEÑAL DE RADIO:

CONTRATO	VALOR
946 DEL 2021	\$9.200.000
1689 DEL 2021	\$6.516.667
2419 DEL 2021	\$6.900.000

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE RADIO TELEFONO:

CONTRATO	VALOR
1012 DEL 2021	\$15.000.000

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE MOTOBOMBAS:

CONTRATO	VALOR
939 DEL 2021	\$20.000.000

MANTENIMIENTO DE PLANTAS ELECTRICAS:

CONTRATO	VALOR
491 DEL 2021	\$80.000.000
02437 DEL 2021	\$36.000.000

SUMINISTRO DE MATERIALES DE FERRETERIA:

CONTRATO	VALOR
612 DEL 2021	\$221.600.000

SUMINISTRO DE MATERIALES DE FERRETERIA ELECTRICA:

CONTRATO	VALOR
944 DEL 2021	\$72.000.000
2142 DEL 2021	\$12.000.000

AREA BIOMEDICA:

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

Optimizar el Plan de Mantenimiento Hospitalario de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA.

ESTRATEGIAS:

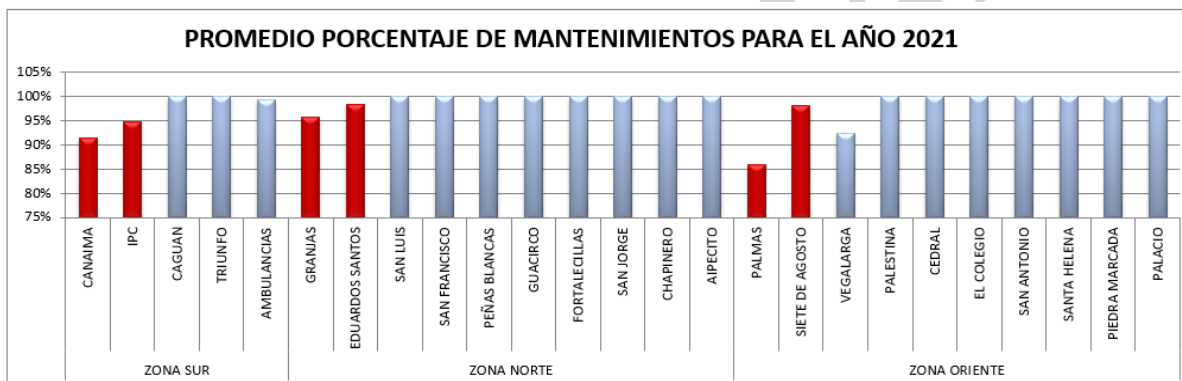
1. Optimizar Mtto Prev. y Correc Equipos Biomedicos zona urbana
2. Optimizar Mtto Prev. y Correc Equipos Biomedicos zona rural

MANTENIMIENTO HOSPITALARIOS ACTIVIDADES EJECUTADAS

Durante el año 2021, el contratista SP CONTRUMEDIC SAS realizó satisfactoriamente el servicio mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos biomédicos del ESE Carmen Emilia Ospina. Zona rural y urbana de acuerdo al cronograma establecido en el plan de mantenimiento hospitalario.

Durante el mes de noviembre se realizó el contrato de mantenimiento a finales de mes, por tal motivo los mantenimientos programados en noviembre y diciembre se ejecutaron en un mismo mes para no afectar el cronograma establecido.

Durante los meses de enero a octubre y durante el mes de diciembre, el contratista SP CONSTRUMEDIC SAS realizó satisfactoriamente el servicio mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos biomédicos del ESE Carmen Emilia Ospina. Realizó y archivó reportes de mantenimiento por cada uno de los equipos intervenidos firmados por personal del servicio, atendió el llamado para brindar soporte correctivo en equipos que presentaron fallas en diferentes servicios. Cumplió con los compromisos y obligaciones adquiridos en el citado contrato.



PROMEDIO MANTENIMIENTOS REALIZADOS AÑO 2021 ZONA RURAL 95%

PROMEDIO MANTENIMIENTOS REALIZADOS AÑO 2021 ZONA URBANA 100%

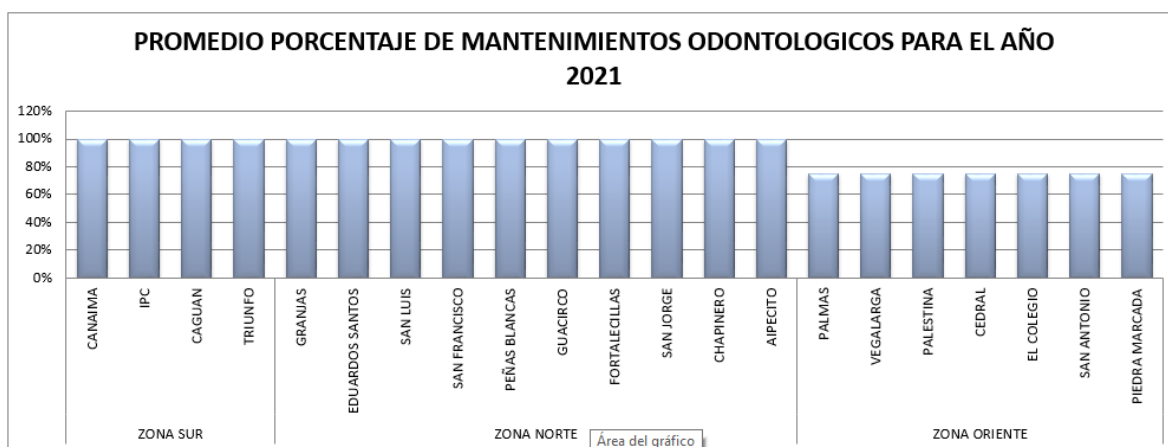
Optimizar Mtto Prev. y Correc Equipos Odontológicos

MANTENIMIENTO HOSPITALARIOS ACTIVIDADES EJECUTADAS

Durante los meses de enero a octubre y durante el mes de noviembre y diciembre, el contratista INVERSIONES SALAS LTDA realizó satisfactoriamente el servicio mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos odontológicos del ESE Carmen Emilia Ospina. Realizó y archivó reportes de mantenimiento por cada uno de los equipos intervenidos firmados por personal del servicio, atendió el llamado para brindar soporte correctivo en equipos que presentaron fallas en diferentes servicios. Cumplió con los compromisos y obligaciones adquiridos en el citado contrato.

Los reportes originales de mantenimiento preventivo y correctivo reposan en la hoja de vida del los equipos, que se encuentran en el departamento biomédico del ESE Carmen Emilia Ospina.

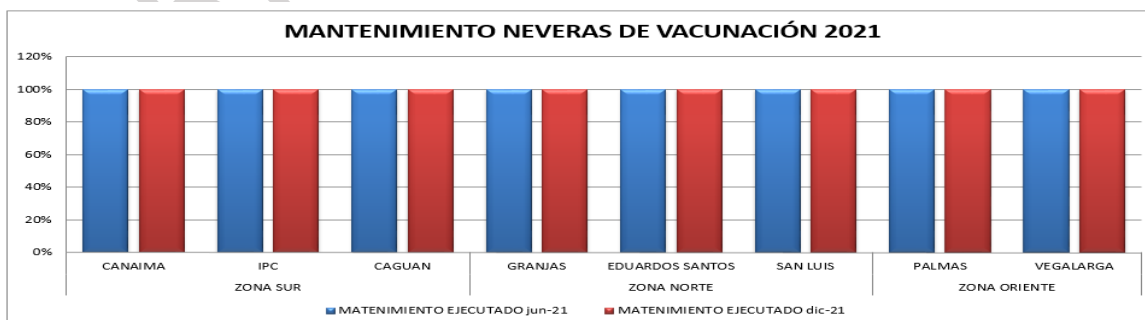
Durante el mes de septiembre, debido a situaciones contractuales y presupuestales no se realizó contrato de mantenimiento, por lo tanto no se pudo cumplir con los mantenimientos programados para ese mes, únicamente se atendieron los llamados por fallas de los equipos.



Optimizar Mtto Prev. y Correc. Refrigeradores Horiz .Vacunación

MANTENIMIENTO NEVERAS DE VACUNACIÓN

Durante el año 2021 el contratista INTERHOSPITALARIA SAS realizó satisfactoriamente el servicio mantenimiento preventivo y correctivo a las neveras de vacunación de la ESE Carmen Emilia Ospina, de acuerdo a las fechas establecidas para cada una de las sedes. Cumplió con los compromisos y obligaciones adquiridos en el citado contrato.



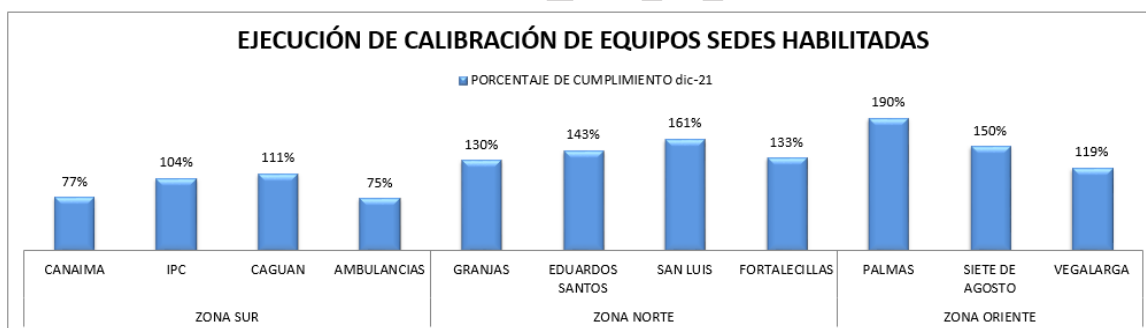
Apoyar la supervisión para la ejecución de la Metrología de los equipos Biomédicos de la ESE CEO.

ESTRATEGIA

Ejecutar las acciones de supervisión para el cumplimiento de la ejecución de metrología equipos biomédicos

- **METROLOGÍA**

Durante el mes de diciembre el contratista RESPALDO VITAL SAS realizó satisfactoriamente el servicio de metrología a los equipos biomédicos de las sedes habilitadas de la ESE Carmen Emilia Ospina. Realizó certificado de calibración para cada uno de los equipos intervenidos del servicio. Cumplió con los compromisos y obligaciones adquiridos en el citado contrato y de acuerdo al cronograma establecido. Cabe resaltar que el proceso de metrología se realizó para las sedes habilitadas 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.

SERVICIO	OBJETO DEL CONTRATO	INVERSIÓN	EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	OBSERVACIONES
ODONTOL OGÍA	CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE UNIDADES ODONTOLÓGICAS CON COMPRESOR POR MOTIVO DE RENOVACIÓN TECNOLÓGICA DE EQUIPOS DE LA ZONA RURAL Y URBANAPARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.	\$ 122.800.000		Se realizó una compra de ocho unidades odontológicas con compresor para las distintas sedes de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, con el objetivo de renovar las unidades con un uso de más de 10 años en el servicio
HIGIENE ORAL	CONTRATAR LA COMPRA DE INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO PARA EL ÁREA DE HIGIENE ORAL DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA	\$ 42.078.579		Se realizó una compra de instrumental y equipos en el servicio de higiene oral relacionados en la tabla, debido a que la institución está comprometida con garantizar a sus servicios, personal asistencial y especialistas, elementos y equipos de trabajo en óptimas condiciones, que les permita cumplir su labor de manera segura y eficiente y que disminuya los riesgos en la atención y garantice el bienestar de sus pacientes.
RAYOS X	COMPRA E INSTALACIÓN A TODO COSTO DE UN EQUIPO DE RX DIGITAL DIRECTO PARA SEDE CANAIMA DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.	\$660.709.660		La ESE Carmen Emilia Ospina, contaba con un equipo de Rayos X de tecnología analógica, el cual no tenía un sistema de Digitalización que permitiera visualizar las placas de rayos para diagnosticar las lesiones en los pacientes, tecnología obsoleta, avanzado desgaste físico y la vida útil de 10 años ya culminada, fallas constantes en sus componentes como el tubo de rayos X, el colimador y los cables de alta tensión, sistema de rotación del tubo, el bucky mural y la mesa se encuentran en estado oxidado. Teniendo en cuenta lo anterior se realizó la compra de un equipo de rayos x digital directo nuevo para el servicio de imagenología y mejorar la prestación.

CENTRO DE SALUD AIPECITO	CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE UN PUESTO DE SALUD VEREDA AIPECITO DE NEIVA (H), DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EXIGIDAS POR LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA	\$ 110.852.163		En desarrollo de la labor de verificación de los requisitos de habilitación, la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, requiere adquirir equipos biomédicos para cumplir con las necesidades que tiene con el PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE UN PUESTO DE SALUD VEREDA AIPECITO DE NEIVA (H).
URGENCIAS /CONSULTA EXTERNA	CONTRATAR LA COMPRA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.	\$ 49.999.207		La ESE CARMEN EMILIA OSPINA, adquirió equipos biomédicos para cumplir con las necesidades que tiene de renovación tecnológica para las diferentes sedes que tienen servicios de Consulta Externa, hospitalización, odontología, y Urgencias, con equipos que cumplen con las especificaciones técnicas establecidas por la institución.

2.3 GESTION SIAU



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

Fortalecer la comunicación entre líderes comunitarios y la institución mediante la construcción de una herramienta de comunicación que permita la divulgación de información de manera eficiente y la retroalimentación de la misma .Teniendo en cuenta la base de datos de Líderes comunitarios de Neiva.

Durante el año 2021 se realizaron mensualmente reuniones con líderes, presidentes y ediles en cada una de las comunas de nuestra ciudad, ejerciendo la labor de socializar el portafolio de servicios de la ESE Carmen Emilia Ospina, escuchando la voz de los usuarios expresado sus inquietudes e inconformidades y a la vez dándoles solución.

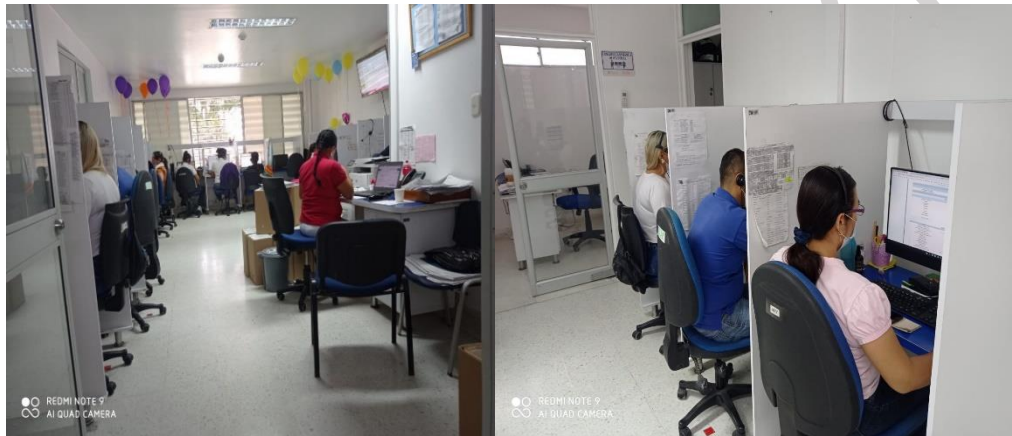
También internamente se realiza reuniones con los representantes de las agremiaciones conformas de la ESE CEO, Asociación de usuarios y Alianza de usuarios, con el objetivo de socializarles mucho más a fondo la trazabilidad de la institución y ser oído a las inconformidades que ellos tengan en cuanto al mal manejo de los servicios.



- **Implementar nuevas estrategias que garanticen la comunicación efectiva del usuario con la Institución.**

Durante el año 2021 la institución creó nuevas estrategias para disminuir las llamadas en abandono y así tener la accesibilidad a la solicitud de las citas. Estas estrategias fueron:

Aumento prolongado en personal para la contestación de llamadas.



LLAMADAS CALL CENTER 2021:

EXITOSAS	ABANDONADAS	TOTAL
29.569	102.936	362.505

Implementar para el año 2022 el acceso a la solicitud de citas por página web.

Implementar para el año 2022 el acceso a la solicitud de citas por medio de WhatsApp.

Estas dos últimas estrategias quedaron aprobadas en el plan de compras vigencia 2022.

- **Realizar recopilación de todas las manifestaciones recibidas por los canales al usuario.**

En este año 2021 la totalidad de las manifestaciones recibidas fue de 827, en el cual insatisfacciones fueron 365 y las felicitaciones 462.

Esta recepción de manifestaciones se dio por diferentes canales de accesibilidad que tiene la institución para los usuarios los cuales son:

- Aperturas de buzón de sugerencias las cual se realizaba la apertura todos los martes 7:00 am.
- Página web por medio de ticket.
- Medio verbal
- Correo institucional del área SIAU.
- Oficinas de atención al usuario.

MOTIVOS DE LAS PQRS												
MOTIVOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ACTITUD	0	6	8	10	5	14	5	1	10	2	6	10
CONTINUIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CONTINUIDAD Y OPORTUNIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	9
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN	28	19	24	22	32	25	11	5	12	25	1	1
PERTINENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
SEGURIDAD DEL PACIENTE	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1
DOTACION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
ACCESIBILIDAD	6	1	1	8	3	5	0	2	3	1	2	0
INFRAESTRUTURA Y AMBIENTE FISICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
PUNTUALIDAD	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	8	2
TOTAL	34	26	33	40	40	44	18	8	29	30	36	27

MANIFESTACION DE FELICITACIONES AÑO 2021												
CENTRO DE SALUD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
CANAIMA	16	27	47	62	38	53	11	1	5	36	34	17
IPC	1	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	1
GRANJAS	2	0	3	12	4	3	1	0	2	1	0	2
EDUARDO SANTOS	0	0	0	0	3	1	1	0	1	0	0	1
PALMAS	5	1	7	3	2	0	0	0	4	0	0	0
SIETE DE AGOSTO	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0
FORTALECILLAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAGUAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VEGALARGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAIMI	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN LUIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAGINA WEB	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
NO REGISTRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	25	31	59	77	47	61	15	2	13	37	34	21

- **Capacitar al personal que labora con el proceso de atención al usuario (auxiliares administrativas de la central de orientación e información y convenios, auxiliares administrativas del siau en cada uno de los centros de salud de la E.S.E. C.E.O.**

Durante el año 2021 se les otorgó mensualmente capacitación en diferentes temas relacionados con la orientación y buena prestación de los servicios de la institución.

- **Mantener los índices de satisfacción del usuario por encima de la meta establecida en el plan de desarrollo, Aumentando la eficacia en el uso de los recursos de la organización.**

En el año 2021 los resultados de los índices de satisfacción se obtuvieron por medio de la realización de encuestas realizadas por el personal del SIAU a los usuarios.

Estadísticamente se obtuvo un resultado del 99% pasando la meta la cual es del 95% establecida para el año.

En el año 2021 se aplicaron un total de 31740 encuestas con un porcentaje de satisfacción del 99%.

- **Articular con las EAPB por medios de los canales de comunicación una mejor oportunidad de atención de nuestros usuarios.**

En el año 2021 se midió mensualmente la oportunidad de asignación de citas en la institución en cual está estipulada a no más de 3 días; para lograr esa oportunidad, aleatoriamente se realizaban atenciones los días sábados en algunos centros de salud.

Se puede evidenciar que se sostuvo el indicador entre 2.2 y 2.9 de oportunidad.

INDICADOR DE OPORTUNIDAD AÑO 2021												
MES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
META	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RESULTADO	4	5,6	3,3	3,6	1,3	2,1	2,5	2,9	2,7	1,7	2,0	1,9

2.4 GESTION SALUD OCUPACIONAL



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

- Actualización de Planes Hospitalarios de Emergencias 2021

ITEM			CANTIDAD
Capacitación Brigada de Emergencias	*Primeros Auxilios *Evacuación y rescate de Incendios *control		3 (Capacitaciones)
Índice de Seguridad Hospitalaria	(Canaima, Siete de Agosto, Palmas, IPC, Granjas, Eduardo Santos, Fortalecillas, Caguan, San Luis, Vegalarga)		10 (check list)
Conformación de Brigadistas	(Canaima, Palmas, IPC, Granjas)		30 (Brigadistas)
Análisis de Vulnerabilidad	(Canaima, Siete de Agosto, Palmas, IPC, Granjas, Eduardo Santos, Fortalecillas, Caguan, San Luis, Vegalarga)		10 (Análisis de Vulnerabilidad)
Simulacro Nacional	Programación y participación del simulacro Nacional (INCENDIO)		(Octubre 07 2021)
Recarga Extintores	(Canaima, Siete de Agosto, Palmas, IPC, Granjas, Eduardo Santos, Fortalecillas, Caguan, San Luis, Vegalarga)		203
Inspecciones Programadas a Extintores	(Canaima, Siete de Agosto, Palmas, IPC, Granjas, Eduardo Santos, Fortalecillas, Caguan, San Luis, Vegalarga)		1 Semestral



- **Mantener Actualizado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**

ITEM		CANTIDAD
Actualización Programas Seguridad y Salud en el Trabajo	(Protocolo de Bioseguridad, Seguridad Vial , Riesgo Psicosocial, Guía de EPP, Estilos de Vida y Hábitos saludables, Riesgo Biológico, Riesgo Químico, Desordenes Musculo Esqueléticos, Pausas Activas, Radiaciones Ionizantes, Trabajo en Alturas)	11
Comité Convivencia laboral	Seguimiento al Comité de Convivencia Laboral	3
Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo	Reuniones Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo	14
Evaluación Estándares Mínimos	Informe de Estándares Mínimos ante la ARL y ministerio	1
Inspecciones	Inspección al uso adecuado de EPP	Continuo
Pausas Activas	Rondas Pausas Activas	Continuo
Evaluación Puestos de Trabajo	Evaluaciones Puestos de Trabajo personal de Planta	25
Trabajo Seguro en Alturas	Formación a personal de Mantenimiento en Trabajo Seguro en Alturas	4



2.5 GESTION AMBIENTAL



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

FORTALECER LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES DE LA ESE CEO PARA LA DISMINUCIÓN DE LOS FACTORES AMBIENTALES.

Inspecciones Sanitarias 2021

Con el fin de dar cumplimiento establecidos en el Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios según resolución 1164 de 2002 del Medio Ambiente. Se realizaron en el año 2021, **65** inspecciones por todos los centros de salud de la institución.

Inspecciones	2020	2021	diferencia	variación
Total No de Inspecciones	61	65	4	94%

Reposición De Canecas Para La Gestión De Residuos En Los Centros De Salud

Con el fin de dar cumplimiento a las necesidades de cambio de canecas dañadas en el año 2021 se realizaron los cambios de la totalidad de las canecas dañadas encontradas en las inspecciones realizadas por el área de gestión ambiental que fueron entregadas por el área de almacén.

total de canecas suministradas en el año 2021	45
--	-----------

Fuente: formatos de entrega de canecas

Para el año 2022 se implementará el nuevo código de colores para los residuos no peligrosos con el fin de dar cumplimiento a lo requerido normativamente.

Gestión De Residuos Hospitalarios Y Similares

Comparativo Generación de Residuos Peligrosos año 2020 vs 2021.

Según la información recopilada en las actas de incineración generadas por parte de la empresa INCIHUILA; la cual es la encargada del tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos generados en la ESE Carmen Emilia Ospina, se pudo evidenciar que en el año 2021 se generaron **43955,33 kg** de residuos peligrosos comparado con el año 2020 en el cual se generaron **39542,38kg**, presentándose un aumento del 18%.

TOTAL /KG	AÑO 2020	AÑO 2021	DIF	% VARIACION
	39542,38	43955,33	6087,68	18%

Auditoria Incihuila Empresa de Recolección de Residuos Peligrosos

En el mes de septiembre del 2021 se llevó a cabo de manera virtual la auditoria a la empresa INCIHUILA la cual nos presta el servicio de incineración de residuos peligrosos, para la auditoria se aplicó la lista de chequeo SOA-S2-F14 en donde se evalúan los criterios para funcionamiento correcto de una planta de incineración de residuos patógenos en donde el contratista nos socializa y evidencia la licencia ambiental otorgada por la CAM por medio de la resolución 1665 y resolución 2421

Comparativo Generación de Residuos Ordinarios No Peligrosos año 2020 vs 2021.

RELLENO SANTIARIO	AÑO 2020	AÑO 2021	DIFERENCIA	VARIACIÓN
TOTAL /KG	12338	12335	3	0.1%

Comparativo Generación de Residuos Reciclables año 2020 vs 2021.

RESIDUOS APROVECHADOS	AÑO 2020	AÑO 2021	DIFERENCIA	VARIACIÓN
TOTAL /KG	12581	14709	-2128	86%

De acuerdo a la información anterior se pudo evidenciar un aumento en el aprovechamiento de los residuos reciclables en donde en el 2020 se generaron 12481 kg y en el 2021 14809 kg de residuos reciclables.

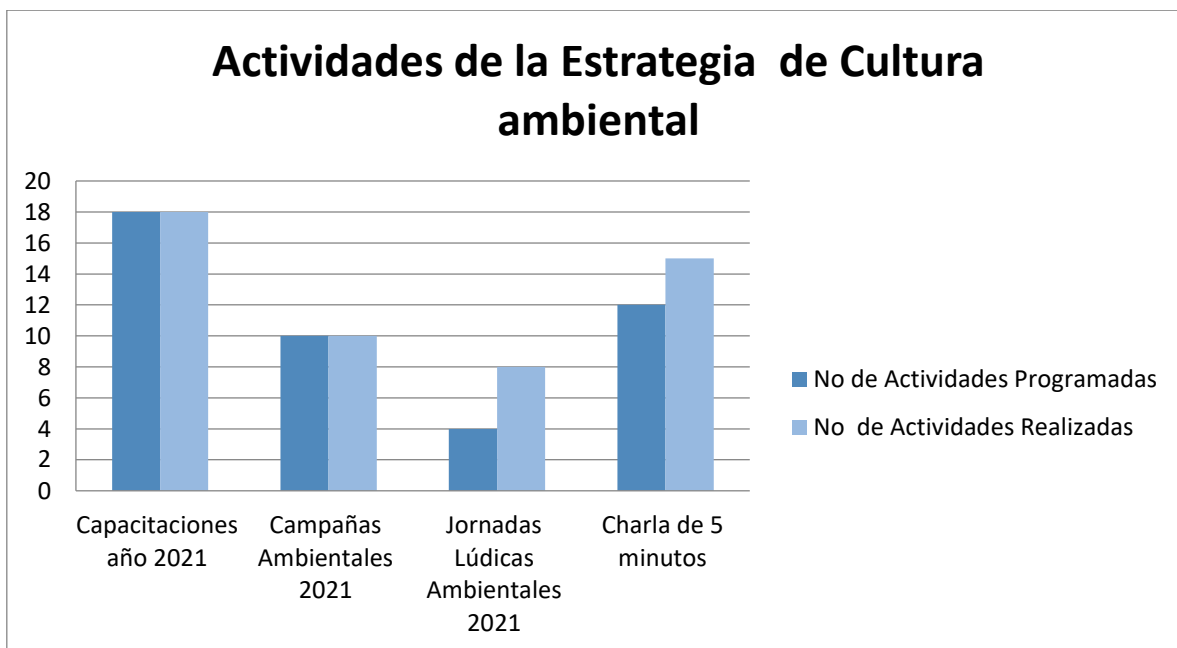


Registro fotográfico actividades Estrategia No1

FOMENTAR UNA CULTURA ECOLÓGICA AMBIENTAL EN LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.

El área de gestión ambiental con el fin de darle cumplimiento a esta estrategia del plan de desarrollo 2021 – 2024, durante el año 2021 se realizó las siguientes actividades:

Actividades	No de Actividades Programadas	No de Actividades Realizadas	Porcentaje de Cumplimiento
Capacitaciones año 2021	18	18	100%
Campañas Ambientales 2021	10	10	100%
Jornadas Lúdicas Ambientales 2021	4	8	150%
Charla de 5 minutos	12	15	100%



Registro fotografico actividades estrategia No 2

ESTRATEGÍA No 3 GESTIONAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD EN COMPETENCIA DEL ÁREA AMNBIENTAL.

Para el cumplimiento normativo en competencia del área ambiental para el año 2021 se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Grupo Administrativo De Gestión Ambiental y Sanitarias “GAGAS”

Para el año **2021** se dio cumplimiento al cronograma establecido en el Plan de Acción 2021.

	GAGAS Programadas	GAGAS Ejecutadas
2020	6	4

	GAGAS Programadas	GAGAS Ejecutadas
2021	6	6

Programa de Control de Plagas y Vectores

Se dio cumplimiento al cronograma de ciclos de fumigación durante el año 2021, lo cual se ejecutaron 3 ciclos de control de plagas de vectores y roedores en donde se realizaron de manera trimestral en las diferentes sedes habilitadas y sedes extra murales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina con una inversión de (\$ 36.083.000).

Programa de Limpieza y Desinfección de Tanques

Se dio cumplimiento al cronograma de ciclos de limpieza y desinfección de tanques elevados y subterráneos durante el año 2021, lo cual se ejecutaron 4 ciclos en donde se realizaron de manera trimestral en las diferentes sedes habilitadas y sedes extra murales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina con una inversión de (\$\$ 26.540.800).

Programa Arbóreo

Actualmente la E.S.E Carmen Emilia Ospina cuenta una PROGRAMACION DE JARDINERIA, PODA, CORTE DE ARBOLES Y SU MANTENIMIENTO GBS-S3-F13 lo cual la ejecución de las actividades se realiza a través de un contrato de prestación del servicio de Jardinería, Poda y Corte De Árboles y su Mantenimiento Incluyendo el Suministro de Insumos, Elementos y Accesorios para Jardines De La E.S.E Carmen Emilia Ospina.

Tala De Árbol En Zona De Riesgo Centro De Salud 7 De Agosto

El área de gestión ambiental informa que se dio cumplimiento al compromiso de tala de árbol en el puesto de salud 7 de agosto, de acuerdo a requerimiento de la comunidad hecha en la estrategia de Alcalde en casa, ya que el mismo era un peligro latente y estaba próximo a caer sobre el predio.

Programa Pos Consumo

De acuerdo al plan de acción durante el año 2021 se realizaron diferentes jornadas orden, aseo y recolección de residuos posconsumo en las diferentes sedes de la

institución, así mismo se participó en las campañas de Opitaton 2021 realizadas por la CAM.

Informe Consumo De Agua M³ y Energía Kw Periodo Del 2020 Vs 2021

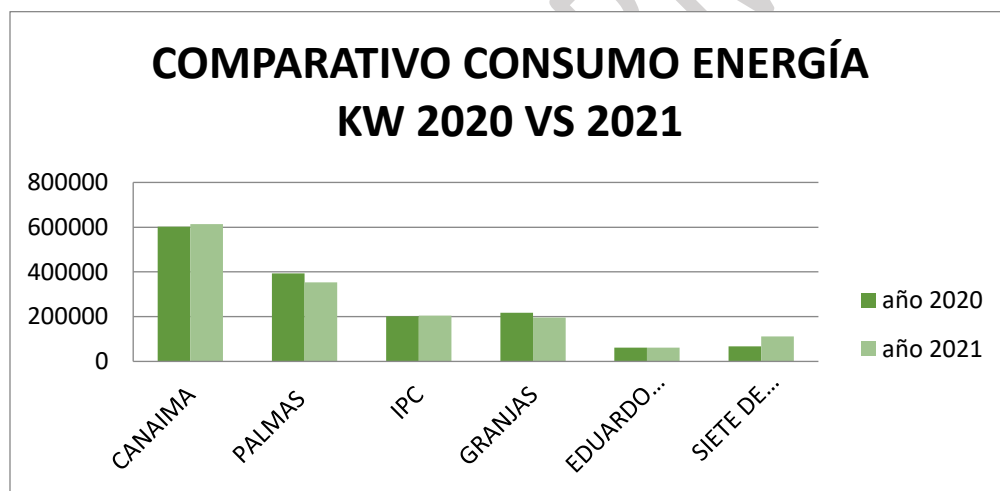
Al recopilar los datos del consumo de agua y energía en las diferentes sedes de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, se obtiene la siguiente información del periodo del año 2020 vs 2021.

Comparativo del consumo de Ahorro de Energía 2020 vs 2021.

COMPARATIVO DE ENERGIA KW AÑO 2020 VS 2021				
Centros de salud urbanos	2020	2021	VARIACIÓN	5%
	1543601	1541419	2182	0,1

Comparativo consumo energía 2020 vs 2021

Fuente: Facturas de cobro área financiera



Gráfica Comparativa consumo energía 2020 vs 2021

Fuente: Facturas de cobro área financiera

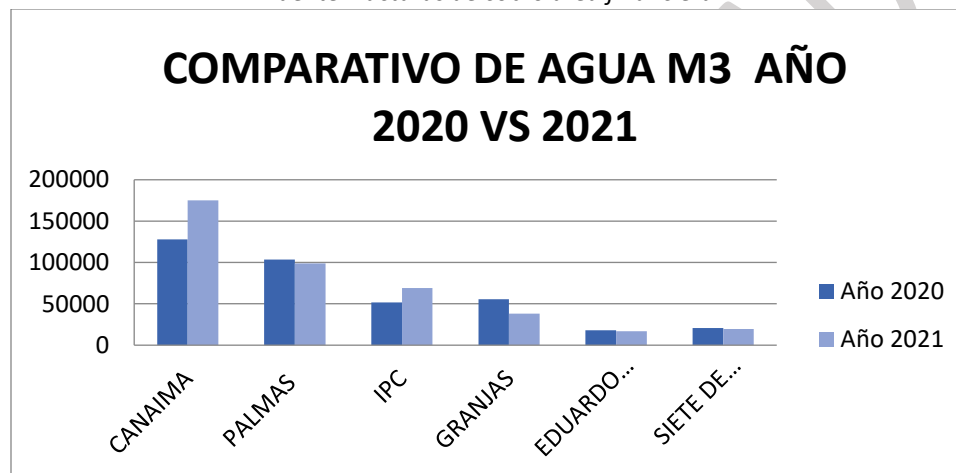
De acuerdo a la información anterior se puede evidenciar que en el año **2021** se consumieron **1.541.419 kW** en la ESE Carmen Emilia Ospina.

Comparativo del consumo de Ahorro de Agua 2020 vs 2021.

COMPARATIVO DE ENERGIA AÑO 2020 VS 2021				
CENTRO DE SALUD	2020	2021	VARIACIÓN	5%
CANAIMA	127807	175190,76	-47383,759	-37,1
PALMAS	103373	98851	4522	4,4
IPC	51865	68995	-17130	-33,0
GRANJAS	55717	38326	17391	31,2
EDUARDO SANTOS	17921	16688,5	1232,5	6,9
SIETE DE AGOSTO	20561	19452	1109	5,4
TOTAL	377244	417503,26	-40259,259	-10,7

Comparativo consumo Agua 2020 vs 2021

Fuente: Facturas de cobro área financiera



Gráfica Comparativa consumo Agua 2020 vs 2021

Fuente: Facturas de cobro área financiera

De acuerdo a la información anterior se puede evidenciar que en el año **2021** se consumieron **417.503 m3** de Agua, presentándose un aumento de **4.0259 m3** comparado con el año.

Gestión para la implementación de plan piloto de energías renovables.

Como una actividad del Plan de Desarrollo en el área de gestión ambiental se ha venido adelantando la recopilación de información para poner en marcha la implementación del plan piloto de energías renovables en el área administrativa del hospital de Canaima.

Durante el tercer trimestre del año se recibieron 2 propuestas comerciales para tener en cuenta el costo y la viabilidad de del proyecto, dichas propuestas se socializaron con gerencia y se tendrán en cuenta en el plan de inversión 2022.

Caracterización de Aguas Residuales – Análisis fisicoquímico y microbiológico

Para el trámite del permiso de vertimientos en las sedes urbanas se celebró contrato No 1306 de 2021 con el fin de realizar caracterización de vertimientos por medio de análisis fisicoquímico de las aguas residuales generadas, así mismo se contrató la elaboración del Plan de Gestión del riesgo para el manejo de vertimientos cuyos resultados serán presentados a la Empresas Publicas de Neiva LAS CEIBAS para el trámite de autorización de descarga de vertimientos.

Reporte a la autoridad ambiental y municipal de los Residuos Hospitalarios generados semestralmente.

En el mes de enero del año 2021 el área de gestión ambiental realizo el reporte de los residuos hospitalarios generados en el año 2020 con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el decreto 351 de 2014 y la resolución 1164 de 2002, así mismo en el mes de julio se realizó el reporte del primer trimestre del año 2021. Dicha información fue radicada a través del correo respel@cam.gov.co radicacion@cam.gov.co.

Reporte al IDEAM de los Residuos Peligrosos Generados en el año 2020.

En el mes de marzo del año 2021 se realizó el reporte anual en la plataforma del IDEAM de los residuos Peligrosos generados en las diferentes sedes de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA dando cumplimiento al decreto 4741 del 2005 Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.

2.6 GESTION DE LA CALIDAD



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL

ACTIVIDAD	RESULTADO
Respuesta a requerimientos	<p>Se apoyó en la elaboración, modificación, eliminación de los documentos requeridos, según lineamiento del proceso. En total se recibieron 770 requerimientos.</p> <p>Se ejecutaron las solicitudes de eliminación de documentos y ya no se encuentran en el mapa de procesos de la WEB o intranet.</p>
Archivo, custodia y ubicación de documentos	<p>Todas las solicitudes que se generaron durante el año 2021 se archivan de manera sistemática y organizándolas por mes y por subproceso que hace la solicitud, en el computador con número 00404. La ruta para encontrar estas carpetas es la siguiente C:\00404\1 documento trazabilidad mapa\formatos de solicitud.</p> <p>Todos los documentos a los cuales se realizó modificación alguna o se elaboraron se encuentran publicados en el mapa de procesos de la intranet y en la página web de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina.</p> <p>Semanalmente se realizó una copia de seguridad de las carpetas (mapa y trazabilidad) en las cuales se encuentran documentado todos los cambios y documentos de gestión de la información.</p>
Comunicación y divulgación de actualizaciones	<p>Se realizó la divulgación del 100% de los documentos a los que se les realizó modificaciones, fueron elaborados o en su defecto cambiaron de subproceso en el periodo.</p>

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACTIVIDAD	RESULTADO
Medir la cultura de seguridad del paciente en la ESE Carmen Emilia	<p>Se aplicó una encuesta de seguridad del paciente. (1 documento)</p> <p>Se realizó tabulación de los resultados de encuesta y su respectivo análisis presentándose en comité de calidad. (1 documento)</p>
Autoevaluación contra las normas vigentes	<p>Se realizó autoevaluación contra la norma 3100 de 2019 de habilitación y contra la norma de acreditación. (1 documento)</p>
Construcción de lineamientos alineados a las guías de	<p>Se actualizó el programa de seguridad del paciente teniendo en cuenta las 30 prácticas de seguridad sugeridas por el ministerio y los estándares superiores de calidad y la nueva norma de habilitación (1 documento).</p>

seguridad del paciente	Se realizó el plan del comité de seguridad del paciente
Divulgación de los lineamientos	Se desarrollaron capacitaciones en las prácticas establecidas por el programa de seguridad del paciente. (8 capacitaciones – 36 archivos)
Evaluación de adherencia	Se desarrollaron de manera mensual rondas de seguridad (10 rondas marzo- diciembre 2021)
Comunicación de la implementación y debilidades en aplicación de lineamientos	Se desarrollaron de manera mensual capsulas de seguridad (10 rondas marzo- diciembre 2021) Para comunicar los resultados del avance en el programa de seguridad del paciente y gestionar las correcciones y oportunidades de mejora, se realizó exposición, gestión y seguimiento en los 12 comités de calidad y seguridad de los pacientes realizados en el año.

PROGRAMA DE HUMANIZACION

ACTIVIDAD	RESULTADO
Planear el programa de humanización	<p>Se realizaron referenciaciones virtuales a ESE de primer nivel Pitalito.</p> <p>Se realizó mapeo de actores en las diferentes sedes de la Institución Carmen Emilia Ospina de la Ciudad de Neiva Canaima, Granjas, Palmas, IPC para considerarlos como aliados en el desarrollo de un programa de humanización.</p> <p>Se realizó un diagnostico mediante 8 pacientes trazadores y un recorrido observacional a las rutas de los pacientes para atención en urgencias, consulta externa y hospitalización a fin de identificar necesidades para el usuario durante su ruta de atención en los servicios que prestamos.</p> <p>Se Un realizo taller, capacitación de toma y procesamiento de gases arteriales a los jefes de enfermería para brindar un servicio oportuno, eficaz y humanizado en medio de la pandemia.</p> <p>Se diseñó y legalizo una política de humanización GE-S1-D24 incorporada en el Mapa de Procesos.</p> <p>Se diseñó y legalizo un programa de humanización según los resultados de referenciarían y observación en la institución.</p>

	<p>Se diseñó e implemento la campaña “cliente incógnito” y se incorporó al mapa de procesos el Documento de Apoyo “Campaña Cliente Incógnito” GC S6D1. (Se realizó 8 reconocimiento de cliente incognito desde mayo a diciembre) que permite analizar la atención en los diferentes servicios de salud prestados por la E.S.E Carmen Emilia Ospina, desde la voz de los usuarios.</p> <p>Se diseñó e incorporó al mapa de procesos del Formato “Lista de Chequeo Cliente Incógnito” GC S6F11.</p> <p>Se Diseñó e implemento auditorias para evaluar el nivel de humanización de la institución en cada una de sus sedes (2 Rondas de calidad por sedes total: 8 - 1 entrega de turno por sedes Canaima, IPC, palmas, granjas total: 4 . 1 auditoría general en cada sede con todos los criterios: siau, ambiente físico, seguridad del paciente, salud ocupacional, tecnología, documento, docencia de servicio)</p> <p>Se diseñó e incorporó al mapa de procesos el protocolo para la contención emocional en personal asistencial y administrativo SA-S3-D3. (1 capacitación en cada sede para dar a conocer el protocolo Canaima, IPC, Granjas, Eduardo Santos, Palmas, 7 de agosto total: 6 capacitaciones.</p> <p>Se realizó 6 reconocimientos a los equipos tanto administrativos como asistenciales que más ha estado prestados servicios humanizados en la pandemia, buscando la excelencia por su salud, bienestar dignidad y la de su familia”</p> <p>Se diseñó e incorporó al mapa de procesos el protocolo para dar malas noticias: Ruta: SA-S3-D2 (1 capacitación en cada sede para dar a conocer el protocolo Canaima, IPC, Granjas, Eduardo Santos, Palmas, 7 de agosto total: 6 capacitaciones</p> <p>Se realizó revisión de las PQRS desde enero a diciembre del 2021 (Numero de manifestaciones: 705 en total)</p> <p>Se realizó la revisión y análisis de las PQRS: desde junio a diciembre del 2021 se realizó 12 acercamiento al personal que más quejas tuvieron y se realiza seguimiento del mismo.</p>
--	---

	<p>Se realizo 6 capacitaciones de habilidades comunicativas y humanizadas junio – diciembre/2021 (La comunicación constituye un componente clave en la relación entre los profesionales en salud y los pacientes ya que disminuye la brecha entre ambos y crea lazos de confianza. La comunicación es una “habilidad humana que nos permite relacionarnos”)</p> <p>Se ha participado en los 6 equipos primarios julio - diciembre/2021 con la revisión y análisis de la monitorización de los comentarios de los usuarios.</p>
Implementación de estrategias del programa de humanización	<p>Establecer condiciones de comodidad, privacidad, silencio y dignidad durante la atención:</p> <p>-Fortalecer competencias a los trabajadores de la salud para brindar a los pacientes un trato digno y amable, dando un manejo adecuado a la información y garantizar su privacidad y confidencialidad: se aplicaron acciones de sensibilización, recordando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida al usuario en el servicio de observación y hospitalización.</p> <p>Se ha realizado desde mayo a septiembre 5 reconocimientos de cliente incognito como incentivo a los profesionales que los clientes incognitos han resaltado por recibir una atención respetuosa.</p> <p>Brindar apoyo emocional y espiritual al usuario, su familia:</p> <p>- Actividades articuladas con psicología y se apoyó a los colaboradores dando apoyo emocional según su situación a fin de estar fortalecidos para brindar apoyo al usuario así: Ronda de acompañamiento y apoyo en el centro de salud Canaima con el auditor de la sede y Coordinadora de salud mental en el mes de julio del año en curso como apoyo del manejo del duelo a los profesionales asistenciales que han estado en primera línea de la pandemia.</p> <p>- Implementar el protocolo para dar malas noticias: Se capacita en brindar atención integral a todos los pacientes incluidos aquellos sospechosos y diagnosticados con Covid 19 y a sus familias, mediante el establecimiento de estrategias de comunicación asertiva y humanizada que permita la promoción de la salud mental.</p>

	<p>En agosto se socializo a todas las sedes el protocolo de malas noticias a los médicos, enfermeras y psicólogos.</p> <p>- Establecer un protocolo de actuación inmediata para implementar en los servicios de urgencias cuando se presenten casos de pacientes con trastornos mentales:</p> <p>Establecer respeto por creencias, tradiciones y valores del usuario: Durante el mes de septiembre se realiza divulgación semanal de un deber un derecho en lenguaje claro, a los colaboradores mediante información en protector de pantalla y a los usuarios de manera verbal.</p> <p>Mejorar la comunicación y dialogo con el paciente, su familia: 1 capacitación con el apoyo de comunicaciones en habilidades comunicativas y humanizadas al grupo de higienistas orales 3 capacitaciones a grupos de colaboradores en comunicación asertiva así: Junio líderes de los procesos, Julio: Higienistas orales y Septiembre: SIAU.</p> <p>Establecer estrategias de escucha amable y respetuosa del usuario respecto a sus inquietudes. Se pide a SIAU fortalecer los espacios y canales de escucha de la voz del usuario respecto a sus quejas, reclamos y sugerencias realizando registro de la PQR verbales.</p> <p>Actividades para proporcionar adecuadamente información y educación al paciente y su familia. Acciones programadas para 2022</p> <p>Flexibilizar horarios: Acciones programadas para 2022</p> <p>Implementar actividades para el manejo del dolor y el sufrimiento de los usuarios y sus familias</p>
--	--

	Se realizó en septiembre auditoria encontrando direccionamiento por parte de orientador a filas innecesarias. Se gestionó con el coordinador de los orientadores para que nos apoyen en las rondas y puedan orientar más a los usuarios y disminuya el dolor y sufrimiento de estar haciendo unas filas innecesarias.
Evaluación de voz del cliente externo	Rediseño del formato de recolección de información de PQRS Análisis en los resultados de datos recolectados de PQRS de Julio y Agosto
Intervenciones correctivas	Se realiza intervención individual a los colaboradores que se encuentran implicados en una PQRS relacionada con falta de calidez en el trato, Desde junio a septiembre del año en curso se está realizando acercamiento con el personal que más quejas tengan en la revisión de las PQRS en total se han realizado 6 acercamientos se ha realizado hasta el momento
Evaluación de accesibilidad	Se audita la accesibilidad y oportunidad con llamadas a la línea amiga 86328286 mensualmente.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD

SISTEMA UNICO DE HABILITACION

ACTIVIDAD	RESULTADO
Asesoría y autoevaluación en estándares de habilitación	<p>Se realizaron inspecciones verificando el cumplimiento de estándares de habilitación o la posibilidad de ubicación o apertura de servicios y realizando asesoría para el cumplimiento, así como verificando el cumplimiento de áreas según nuevos lineamientos nacionales en torno a la situación de pandemia, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Siete de agosto para habilitar el servicio de Higiene Oral. -Áreas de vacunación COVID-19 en las sedes Granjas, Canaima, IPC, Palmas y parque de la música (7 visitas). -Acompañamiento a la revisión de los servicios de urgencias con el fin de fortalecer el Plan de contingencia para atención a pacientes Covid-19 y definir la organización de las áreas durante los picos de la pandemia (3 visitas). -2 auditorías a zonas de expansión respiratoria en las sedes de la institución. -Acompañamiento a la adecuación de los servicios de Farmacia en las sedes Caguán y Canaima.

	<ul style="list-style-type: none"> -Acompañamiento al proceso de verificación de condiciones de habilitación (infraestructura) del nuevo equipo de Radiología simple para la sede Canaima -Se realizó la verificación de las condiciones de prestación de los servicios en las sedes Granjas y Siete de Agosto para dar cumplimiento a las valoraciones realizadas a la población en condición de discapacidad. -Verificación de condiciones para instalación de equipo nuevo de Rx. -Verificación condiciones de habilitación estándar dotación en los consultorios de consulta externa para cumplimiento de las rutas de atención. -Visita de asesoría a sede Caimi, para definir necesidades de infraestructura para cumplimiento de norma de habilitación. -Asesoría sobre condiciones para apertura de servicio TAC. -Verificación de condiciones de habilitación de zonas rural y puntos de atención de brigadas en Palestina, San Antonio, Palacio, Vegalarga, Cedral, el Colegio, Piedra Marcada y San Luis. -Apoyo a las actividades de negociación con EAPB con respecto a solicitud de información de habilitación, capacidad instalada y oferta de servicios.
Gestión de novedades en el REPS	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación de novedad ante la Secretaría de Salud Departamental para habilitar los servicios de Psicología, Nutrición y Pediatría en las sedes Canaima, Granjas, IPC y Palmas. -Se actualizo el registro de prestador de servicios de salud de la ESE Carmen Emilia con la norma 3100 de 2019. -Novedad de cambio de domicilio de zonas urbanas a rural de las sedes Caguan, Fortalecillas, San Luis y Vegalarga. -Ajustes según necesidades a los registros de transitoriedad.
Atención de visitas de auditoria en el componente de habilitación	<p>Se atendió las visitas de los entes de control y de los clientes corporativos presentando las evidencias del cumplimiento del sistema único de habilitación y dando respuesta a los planes de mejora solicitados así:</p> <ul style="list-style-type: none"> -2 visitas de la secretaria de salud departamental -1 visita de la secretaria de salud municipal -2 visitas de Medimás -1 visita de Comfamiliar -1 visita de AIC

Otros	Seguimiento a los planes de cumplimiento de habilitación. Gestión ante el Ministerio de salud solicitando conceptos para habilitación de ecografías de mayor complejidad.
-------	--

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC CON ENFOQUE EN SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

Se desarrolló la ruta del PAMEC basado en estándares de acreditación.

ACTIVIDAD	RESULTADO
Desarrollo de la ruta crítica del PAMEC Autoevaluación	-1 autoevaluación cualitativa en los estándares de Procesos de atención al cliente asistencial, direccionamiento, gerencia, talento humano, ambiente físico, gestión de la tecnología, gerencia de la información y mejoramiento de la calidad. -1 Autoevaluación cuantitativa en los estándares de Procesos de atención al cliente asistencial, direccionamiento, gerencia, talento humano, ambiente físico, gestión de la tecnología, gerencia de la información y mejoramiento de la calidad.
Desarrollo de la ruta crítica del PAMEC selección de procesos a mejora y priorización	-Identificación de los procesos relacionados con las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación. -Aplicación de matriz de priorización a las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación cualitativa de los estándares de Procesos de atención al cliente asistencial, direccionamiento, gerencia, talento humano, ambiente físico, gestión de la tecnología, gerencia de la información y mejoramiento de la calidad.
Desarrollo de la ruta crítica del PAMEC definición de calidad deseada	Identificación de metas como calidad deseada a las oportunidades de mejora priorizadas.
Desarrollo de la ruta crítica del PAMEC Definición de calidad observada	Diseñar, implementar y consolidar un plan de monitorización permanente de la calidad desde diferentes fuentes de información, que incluya el cumplimiento a la normatividad vigente: Se elaboró e implemento el plan de monitorización de la calidad desde diferentes fuentes así: -1 Autoevaluación de los estándares de acreditación. - 8 Revisiones y análisis de PQRS - 12 Análisis de indicadores -Auditorías internas así:

	Auditoria interna	Auditoria específica realizada
	Adherencia a protocolos y otras auditorias	Protocolos: 1 de carro de paro, 12 de calidad en el registro de la historia clínica, 2 vacunación COVID, 1 kit de emergencia obstétrica, 1 Manejo y disponibilidad de equipos de sutura en áreas de urgencias 8 evaluaciones de historias de reingresos. 1 a diligenciamiento en los formatos de referencia evaluando la calidad del registro, la oportunidad de la aceptación, la pertinencia y coherencia. 3 Uso de inyectables en menores de 5 años 5 Verificación de triage 4 Auditoria código azul 4 Entrega y recibo de turno 2 Esterilización.
	Adherencia a guía clínica	3 desnutrición a menores de 5 años 4 COVID, 2 control prenatal, 2 Tuberculosis 3 Dolor abdominal 1 Ruta de primera infancia
	Adherencia a prácticas de seguridad del paciente	10 auditorías a: Administración segura de medicamentos, Colocación correcta de sonda vesical, Identificación correcta del paciente prevención de ulcera por presión, prevención de caídas Correcto lavado de manos. Inserción de catéter periférico y prevención de flebitis
	Paciente trazador	3 auditorías de paciente trazador.
	Auditoría general con	1 auditoria en todas las sedes en los componentes de ambiente físico, atención al cliente, salud ocupacional, tecnología, docencia servicio, farmacia.

	estándares superiores	
Desarrollo de la ruta crítica del PAMEC definición de plan de mejora	Se plantearon acciones de mejora a las oportunidades de mejora priorizadas para los estándares de Procesos de atención al cliente asistencial, direccionamiento, gerencia, talento humano, ambiente físico, gestión de la tecnología, gerencia de la información y mejoramiento de la calidad.	
Desarrollo de la ruta crítica del PAMEC ejecución y seguimiento a los planes de mejora	<p>Se realiza ejecución de acciones de mejora de los estándares de mejoramiento así:</p> <p>Diseño y ejecución del modelo de mejoramiento institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se elaboró el documento PAMEC y se diseñaron los formatos de autoevaluación, priorización, plan de mejora con seguimiento. -Se ajustó y formalizo el formato de recolección de información de concurrencia y reportes de falla de calidad. -Se emitió la resolución de conformación de equipos de mejora. <p>Fomentar la cultura de mejoramiento continuo hacia estándares superiores de calidad, con una metodología formal y permanente, analizando a profundidad los patrones no deseados, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se realizó capacitación al equipo de calidad en diferentes metodologías de análisis de problemas con identificación de causas raíces. -Se realizaron los protocolos de Londres a los casos de dolor abdominal, casos de flebitis, caída y reacción adversa a medicamento. <p>En la concurrencia se incentivó al equipo médico y de enfermería del servicio de observación y Urgencias de las diferentes sedes, en la aplicación de barreras de seguridad y el cumplimiento de los procesos documentados y estandarizados de atención establecidos por la institución y demás relacionados en el soporte documental de seguridad detectados a través de auditoría a historias de pacientes atendidos en los servicios, como fueron:</p> <p>Se evalúa el comportamiento de las PQRS como se presentó en el informe en el ítem del programa de humanización.</p> <p>Mejorar las habilidades de autogestión de los procesos:</p>	

	Se implementan los equipos primarios de mejora uno por cada sede en los meses de agosto y septiembre.
Desarrollo de la ruta crítica del PAMEC Verificación del impacto del desarrollo de acciones de mejora	Se realiza seguimiento durante el mes de noviembre y diciembre al cumplimiento de acciones de mejora propuestas.
Atención de visitas de auditoria en el componente de PAMEC	Se atendió las visitas de los entes de control y de los clientes corporativos presentando las evidencias del cumplimiento del PAMEC y dando respuesta a los planes de mejora solicitados así: 2 visita de la secretaria de salud municipal 2 visita de Medimás 1 visita de Comfamiliar 1 visita de AIC

SISTEMA DE INFORMACION

ACTIVIDAD	RESULTADO
Recolección de información	Se realizó captura de datos y seguimiento al comportamiento de los indicadores de los atributos de calidad relacionados con la oportunidad, seguridad, pertinencia y satisfacción de los usuarios, los cuales incluían los de la resolución 256 de enero a diciembre de 2021.
Análisis de indicadores de calidad	En comité de calidad se presenta los indicadores de oportunidad, de adherencia al registro en historia clínica, adherencia a guías y de reingresos de manera mensual presentando su análisis.
Reporte de información	Se reportó de manera mensual los indicadores de oportunidad y se entregó las bases de datos de asignación de citas y/o la base de datos de entrega de medicamentos completos - oportunos y con pendientes, según la resolución 1552 de 2013, resolución 256 de 2016 y la resolución 1604 de 2013 a la EPS de COMFAMILIAR, MEDIMAS, AIC, COMPARTA y ASMETSALUD. Se diligencio de manera mensual la base de datos de los pacientes que se les asigna citas MEDIMAS y CONFAMILIAR de manera mensual.

	Se diligencio de manera mensual por sede la base de datos de los pacientes que se les asigna citas de MEDIMAS
--	---

ASESORIA A PROCESOS

La oficina de calidad realiza presencia y toma participación activa en los apoyos conceptuales donde es solicitado algunos de ellos fueron en 2021:

Se realizan ajustes al protocolo de código azul.

Se construye el protocolo de manejo a reacciones adversas derivadas de vacunación contra COVID.

Se acompaña el diseño de voluntad de desistimiento a atención COVID en crisis de tercer pico de la pandemia.

Se acompaña la identificación de las guías necesarias para la institución de acuerdo con el perfil epidemiológica por cada servicio prestado, se acompaña la revisión de guías a adoptar y se elabora la resolución de adopción de guías.

Se participó en reuniones del equipo de concurrencia, revisando temas de intervención en los servicios, así como apoyando toma de decisiones y el direccionamiento.

Se apoyaron capacitaciones en temas técnicos especialmente relacionados con el actuar médico.

Se realizaron capacitaciones a los líderes de grupo y de procesos sobre metodología de autoevaluación estándares de acreditación, priorización y planteamiento de acciones de mejora para realizar el PAMEC 2021.

Se dio repuesta a las solicitudes del Área Jurídica, para el análisis de casos de demanda, reparación directa, además se apoyó en audiencia de casos que han demandado a la ESE como peritos de la ESE CEO.

Desde el área de calidad se asistió y participó activamente a los comités institucionales que se recibió invitación como comité de defensa judicial de la ESE, y a las reuniones por citación de cualquiera de las instancias de dirección de los diferentes procesos relacionados con la atención, contratación, facturación, recaudo, cartera, cobros, calidad y gerencia de la institución.

Se participó en las reuniones comité COVID 19, técnico-científico y COVE.

Se realizó comunicación de los hallazgos y gestión de mejora en los en los 12 comités de calidad y seguridad de los pacientes y de historias clínicas, y en los equipos primarios realizados en el año 2021.

3. GESTIÓN DEL DESARROLLO INSITUCIONAL

3.1 GESTION DE ALMACEN



CARMEN EMILIA OSPINA

Salud, bienestar y dignidad

Implementar el Modelo de Atención alineados con la Política Nacional.

Objetivo Específicos:

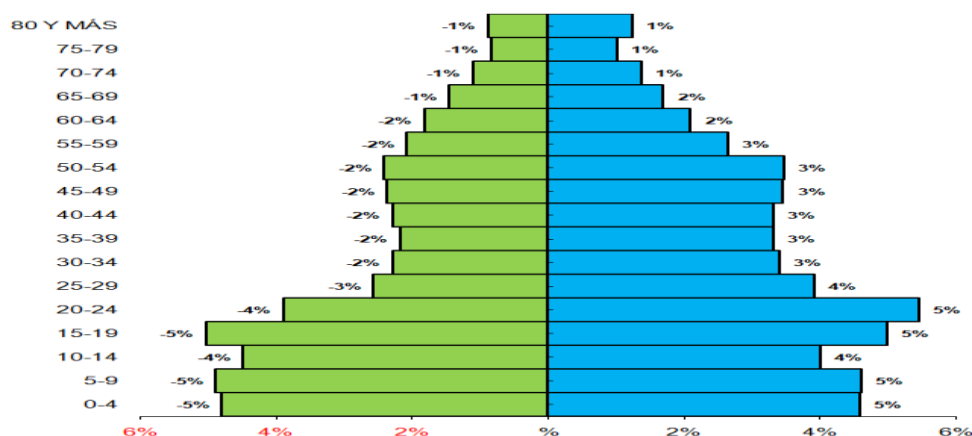
- Fortalecer la prestación del servicio de salud a través de la implementación de un Modelo de Atención, que garantice la calidad, oportunidad, y satisfacción en los usuarios, cumpliendo con los indicadores en salud.

Acorde con la plataforma estratégica de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina con vigencia 2021-2024 la institución en su compromiso con la excelencia y el mejoramiento los procesos, buscando el impacto en el bienestar no solo del individuo sino también de las familias se ha propuesto prestar servicio cada vez más humanizados y de calidad. Por lo anterior, durante el año 2021, el Área Técnico Científico, elaboro el Modelo de Prestación de Servicios de Salud, así mismo, la Política de Prestación de Servicios de Salud, y se adoptó un Modelo para la atención de enfermería, mediante los siguientes actos administrativos.

Resolución 412 del 8 de noviembre de 2021	Resolución 419 del 12 noviembre de 2021	MODELO
<ul style="list-style-type: none">• Por la cual se crea la Política de Prestación de servicios en salud, para la ESE Carmen Emilia Ospina, y se actualiza el modelo de la prestación de servicios en salud institucional.	<ul style="list-style-type: none">• Por la cual se adopta el modelo general de enfermería de la teorista Dorothea Orem, para la documentación, socialización e implementación del Plan de cuidados de enfermería para la ESE Carmen Emilia Ospina.	<ul style="list-style-type: none">• -MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD. GE-S1-M1 . 07/11/2021

ASIGNACION POBLACION

PIRAMIDE POBLACIONAL 2021



Fuente: Sistemas de información Índice RIPS. 2021

En el primer semestre de 2021 la ESE Carmen Emilia Ospina conto con una población asignada de 153.744 usuarios para el primer trimestre, en el segundo trimestre 152.845 usuarios asignados, con una diferencia de 899 usuarios menos en el segundo trimestre; en lo corrido del año la reducción de la población es de 1.012 usuarios representando el 1% de un total de 152.732 usuarios asignados entre en el último trimestre.

Con relación a la proyección de la población de Neiva en el año 2021, representa el 42% de la población (Dane: 367.400 habitantes). Según sexo el 55 % (83.535) son mujeres y el 45% (69.197) son hombres. La estructura poblacional se encuentra dentro de los ciclos vitales de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud que corresponden al 53% similar al trimestre anterior. El otro 33% se encuentran en las etapas de adultez y 13% vejez. La población asignada para la ESE Carmen Emilia es joven.

En el 2020 se contó con una población asignada de 154.717 usuarios asignados a la ESE Carmen Emilia Ospina, representando el 42% de la población con respecto a la proyección para Neiva en el 2020 (Dane: 364.408 habitantes). Según sexo el 55 % (84.738) son mujeres y el 45% (69.979) son hombres. La estructura poblacional se encuentra dentro de los ciclos vitales de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud que corresponden al 49% de la población asignada. El otro 37% se encuentran en las etapas de adultez y 14% vejez. La población asignada para la ESE Carmen Emilia es joven.

Las características poblacionales de los años 2020- 2021 de la población asignada, para la ESE Carmen Emilia Ospina no presentan variación significativa.

INDICADORES DEMOGRAFICOS

ÍNDICES DEMOGRÁFICOS	INTERPRETACIÓN
Relación hombres/mujer	Representa la relación entre hombre y mujeres. En el año I TRIM 2020 por cada 100 mujeres hay 82,6 hombres.
Razón niños mujer	Representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el año I TRIM 2020 por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, hay 33,6 niños y niñas entre 0 y 4 años
Índice de infancia	Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año I TRIM 2020 por cada 100 personas 27,3 correspondían a población menor de 15 años.
Índice de juventud	Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. En el año I TRIM 2020 por cada 100 personas, 25,8 tienen entre 15 y 29 años.
Índice de vejez	Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año I TRIM 2020 de cada 100 personas, 9,6 tienen 65 años y más.
Índice de envejecimiento	Representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En el

ÍNDICES DEMOGRÁFICOS	INTERPRETACIÓN
	año I TRIM 2020 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 35,1 personas mayores de 65 años
Índice demográfico de dependencia	Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año I TRIM 2020 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 58,7 menores de 15 y mayores de 65 años.
Índice de dependencia infantil	Representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año I TRIM 2020, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 43,4 personas menores de 15 años.
Índice de dependencia mayores	Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año I TRIM 2020, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 15,2 tienen más de 65 años.
Índice de Friz	Representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. El índice es de 165,35

Fuente: Sistemas de información Índigo RIPS. Herramienta pirámide poblacional 2021

INDICADORES DE GESTIÓN GERENCIAL AÑO 2021

Seguimiento de indicadores gerenciales vigencia 2021.

INDICADOR	META	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			Consolidado Anual
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	≥ 0,85	68%	86%	88%	94%	85%	87%	92%	87%	86%	92%	85%	86%	86,3%
EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	≥ 0,80	90%	90%	93%	88%			80%			88%			88,3%
EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	≥ 0,90	78%	83%	89%	90%	93%	93%	90%	100%	90%	95%	90%	92%	90,3%
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0	0,0%
OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA	≤ 3	3	5,6	3	3,6	1,3	2,1	2,5	2,9	2,7	2	2,0	1,9	3

INDICADOR	META	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			Consolidado Anual
		Ene	Feb	Mar	Abr	Ma y	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	≤ 1,5	0,016	0,013	0,012	0,09	0,011	0,014	0,012	0,011	0,011	0,014	0,014	0,014	0,0

Fuente: Seguimiento Área Técnico científica. 2021.

Durante el seguimiento de los indicadores gerenciales del año 2021, se evidencio un comportamiento óptimo de los indicadores, con relación a la "PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION", se cuenta con un equipo multidisciplinario exclusivo, para la atención de la Ruta Materna, lo que permite obtener resultados optimo, frente al seguimiento de la identificación de gestantes oportunamente y seguimiento para la adherencia a los controles prenatales. El indicador "EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO", tenía un comportamiento favorable en las auditorias de historias clínicas, se tomó la decisión de seguir realizando la medición con periodicidad trimestral, se han realizado capacitación continua a los profesionales, sobre la atención al curso de vida de primera infancia, infancia, lo que ha permitido mejorar la adherencia a la guía, con un porcentaje del 88,3%.

El indicar "EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA", fue fluctuante, durante el primer trimestre, con un cumplimiento inferior a la meta, pero se logró mejorar el indicador, realizando jornadas académicas a los profesionales socializando las guías de práctica clínica basada en evidencia, para el manejo de la Hipertensión esencial primaria, así mismo se realizó auditorias de registros de historia clínica, socialización de hallazgos, que permitió lograr un cumplimiento óptimo.

Los indicadores INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE", "OPORTUNIDAD DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA", Y "REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS", se cumplieron de manera continua durante el desarrollo del año, debido a las intervenciones realizadas por el equipo multidisciplinar de la ESE CEO.

Producción por servicios 2019 -2021

SERVICIOS	2019	2020	2021*	Variación 2021 Vs 2020	Variación 2021 Vs 2019
Número de dosis de biológico aplicadas	85786	74.801	180609	141%	111%
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	19414	5.135	12703	147%	-35%
Otros controles de enfermería de pyp (diferentes a atención prenatal - Crecimiento y Desarrollo)	35543	29.145	29129	0%	-18%
Número de citologías cervico vaginales tomadas	16356	11.889	19368	63%	18%

CONSULTAS	2019	2020	2021	Variación 2021 Vs 2020	Variación 2021 Vs 2019
Número de consultas de medicina general electivas	18359 7	124.99 2	19066 4	53%	4%
Número de consultas de medicina general urgentes	19094 5	130.17 3	14056 1	8%	-26%
Otras Consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médicos (psicóloga, fisio etc).	4794	5.411	3859	-29%	-20%
Consultas Medicina Especializada electivas realizadas	1060	868	10283	1085%	870%
Consultas Medicina Especializada urgentes realizadas	0	3.643	0	-100%	0%
ODONTOLOGÍA	2019	2020	2021	Variación 2021 Vs 2020	Variación 2021 Vs 2019
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	26276	13.331	30741	131%	17%
Número de sesiones de odontología realizadas	26225	9.930	18109	82%	-31%
Total de tratamientos terminados	7085	3.771	9215	144%	30%
Número de sellantes aplicados	71571	10.737	23848	122%	-67%
Superficies obturadas (cualquier material)	42008	12.792	31955	150%	-24%
Exodoncias (cualquier tipo)	8234	4.479	6704	50%	-19%
PARTOS	2019	2020	2021	Variación 2021 Vs 2020	Variación 2021 Vs 2019
Número de partos vaginales	23	23	20	-13%	-13%
HOSPITALIZACION	2019	2020	2021*	Variación 2021 Vs 2020	Variación 2021 Vs 2019
Número total de egresos	9.659	8.777	10129	15%	5%
Egresos obstétricos (partos y cesáreas)	23	23	16	-30%	-30%
Egresos NO quirúrgicos (Sin incluir partos ni cesáreas)	9.636	8.754	11332	29%	18%
Días de estancias de los Egresos	15.08 4	12.051	14532	21%	-4%
Número Total de días estancia de los egresos obstétricos (Partos y Cesáreas)	23	23	16	-30%	-30%
Número total de días estancia de los egresos No quirúrgicos	15.06 1	12.018	14516	21%	-4%
Pacientes en Observación	10.56 4	976	560	-43%	-95%
Número total de días cama ocupados	5.098	3.154	2.284	-28%	-55%
Número total de días cama disponibles	6.570	6.588	4.268	-35%	-35%
AYUDA DIAGNOSTICA	2019	2020	2021	Variación 2021 Vs 2020	Variación 2021 Vs 2019
Número de exámenes de laboratorio	41327 0	352.51 5	49919 6	42%	21%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	44367	27.307	35.99 5	32%	-19%
Numero de sesiones de otras terapias	40910	10.614	1623	-85%	-96%
Número de Visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	12926	11.510	13277	15%	3%
Numero de Sesiones de Talleres colectivos -PIC-	26244 1	162.66 0	19572 0	20%	-25%

Fuente: SIHO. Sistema de información Hospitalaria. RIPS.

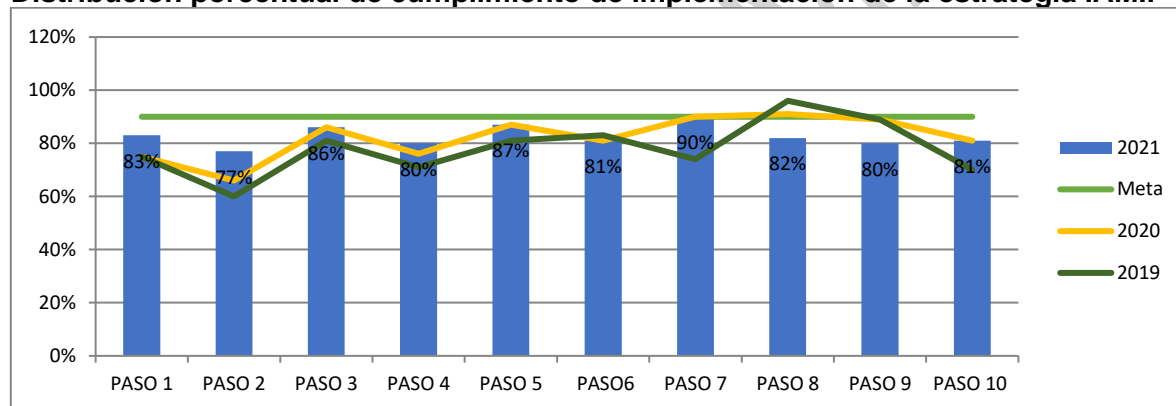
***ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAM)**

Objetivo Específico:

- Fortalecer la apropiación conceptual, metodológica y de sensibilización dirigida al personal asistencial, administrativo y usuarios para el desarrollo de la Política IAM.
- Mejorar en un 85% la apropiación conceptual por parte del personal asistencial y administrativo de la Política IAM en la Institución.
- Lograr un 40 % el conocimiento por parte de los usuarios de la Política IAM en la Institución.

La estrategia IAMII dentro del desarrollo de los 10 pasos para el año 2021 logro alcanzar los objetivos propuestos en el plan de desarrollo institucional y el avance en varias actividades que enmarcan el desarrollo positivo de la estrategia. Teniendo como resultados los siguientes:

Distribución porcentual de cumplimiento de Implementación de la estrategia IAMII



Fuente: Coordinación Programa IAM.

Los resultados obtenidos muestran que las valoraciones de la auto apreciación de los indicadores de cada uno de los pasos sostuvieron en un promedio de 83 % durante el año 2021.

COMITES IAM

Alcance del 100 % de la realización de los comités IAMII institucionales de los 6 programados fueron 6 realizados.

CAPACITACIÓN DE PERSONAL EN ESTRATEGIA IAMII

Relacionado con el tema de capacitación al personal asistencial a nivel institucional la estrategia obtuvo un cumplimiento del 75.6% de alcance, el cual para el plan de desarrollo institucional la meta para el 2021 fue de 65%.

En relación a las jornadas de capacitación al personal administrativo capacitado en política IAMII se obtuvo un resultado del 50.1%.

La cobertura alcanzada respecto a la educación a los usuarios impartida con respecto a la política IAMII; se alcanzó una cobertura del 100% que corresponde a 3.000 usuarios educados en estrategia IAMII en el 2021.

CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD:

Esta actividad se realizó en el 2021 de manera semanal los centros de salud de Canaima, IPC, Granjas; Eduardo Santos, 7 de agosto, que a pesar de la dificultad por COVID se logró trabajar con las usuarias de forma individual de tal forma que asistieron al menos una sesión educativa del curso de preparación para la maternidad con liderazgo por equipo interdisciplinario de Fisioterapeuta y Psicología la cobertura del curso fue:

601 de 1225 usuarias activas que equivale al 49% usuarias atendidas en curso de preparación para la maternidad durante el año 2021.

PROGRAMA DE RECUPERACION NUTRICIONAL CONVENIOS INSTITUCIONALES

En el año 2021 la estrategia de recuperación nutricional en convenio colaborativo entre la fundación éxito y la ESE Carmen Emilia Ospina contó con una cobertura de 100 familias de las diferentes comunas de la ciudad de Neiva a quienes se les brindó educación, acompañamiento y la entrega de un paquete nutricional con el fin de mejorar las condiciones de salubridad de los beneficiarios; el proyecto cuenta con vigencia hasta agosto de 2022.

Relación de población beneficiaria en programa de recuperación nutricional.

BENEFICIARIAS	NUMERO
GESTANTES	20
NIÑOS LACTANTES	80
Total	100 familias

Fuente: Programa IAMII. 2021.

SALAS DE LACTANCIA MATERNA

Para el año 2021, contamos con la reactivación de 1 sala de lactancia Centro de salud de Granjas.

SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA

En la semana mundial de la lactancia materna a pesar de la dificultad por la Pandemia logramos realizar 3 eventos de celebración desarrollados en los centros Comerciales de San Pedro Plaza, centro comercial Santa Lucía Plaza y centro comercial UNICENTRO, con una participación de 180 madres en su totalidad

lactantes y los grupos de apoyo conformados por las madres comunitarias FAMI y 0-5 del ICBF 17 madres FAMI de la comuna 6; 12 madres FAMI de la comuna 10; 9 madres FAMI de la comuna 8. Para un total de participantes en el evento de 218 usuarias

GRUPOS DE APOYO COMUNITARIO IAMII

Para el año 2021, se continuaron realizando las actividades de capacitación y fortalecimiento a los grupos de apoyo comunitarios IAMII en modalidad virtual en donde se dio capacitación a un total de 67 madres comunitarias modalidad FAMI para la conformación de los grupos de apoyo comunitario para un total de 4 grupos de apoyo comunitario IAMII

MESAS Y COMITÉS ASIGNADOS POR ALTA GERENCIA

Desde la estrategia IAMII se articuló, la participación en las diferentes mesas de trabajo convocadas por las diferentes secretarías de la Alcaldía de Neiva.

-Comité MIAFF, Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud y Fortalecimiento Familiar, se participó en total de 13 sesiones.

-CIPPEG, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento, se participó en 4 sesiones.

-CONSEJO DE POLÍTICA SOCIAL: se participó en 4 sesiones.

RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- Garantizar programas de promoción y prevención articulados con las necesidades en salud de la población designada.
- Garantizar programas, estrategias y rutas de promoción y mantenimiento de la salud, articulados con las necesidades en salud de la población designada.

En la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, se incluyen las actividades detección temprana y protección específica, en conformidad a los lineamientos técnicos y operativos de la Resolución 3280 de 2018. En la siguiente tabla, se muestra el consolidado de actividades realizadas en la ESE Carmen Emilia Ospina en el año 2021.

Las consultas (medicina y enfermería) por curso de vida tuvieron una distribución porcentual de ejecución así: 37% de las consultas se realizaron a la primera Infancia, seguido de adultez 19%, infancia 15%, juventud 11%, adolescencia 10% y vejez 8%. Igualmente se muestran las actividades realizadas en el programa de planificación familiar, tamización de Cáncer de cuello cérvico uterino (toma de citologías) higiene oral, educación en salud y la demanda Inducida para la RIAPMS.

En relación a la variación porcentual de producción entre los años 2021 vs 2019, se observa una mejoría significativa del 161%, debido a que en el 2021, se reactivaron los servicios de salud, posterior a las medidas que se habían implementado por el Plan de Contingencia Institucional ocasionado por la Pandemia coronavirus Covid – 19.

Relación de consultas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, 2021.

Actividad de la RIAPMS	2019	2020	2021	Variación 2021 vs 2020	Variación 2021 vs 2019
Consultas de Primera Infancia	9758	8836	20.019	127%	105%
Consultas de Infancia	4031	2498	7.915	217%	96%
Consultas de Adolescencia	2892	2634	5.511	109%	91%
Consultas de Juventud	3875	4009	5.752	43%	48%
Consultas de Adultez	4835	7220	9.928	38%	105%
Consultas de Vejez	2974	2933	4.395	50%	48%
Citología cérvico uterina	16356	11499	18.711	63%	14%
Planificación Familiar	2886	16286	20.272	24%	602%
Higiene Oral	151411	25799	120.502	367%	-20%
Total	199018	81714	213005	161%	7%

Fuente: Facturación. ESE CEO.

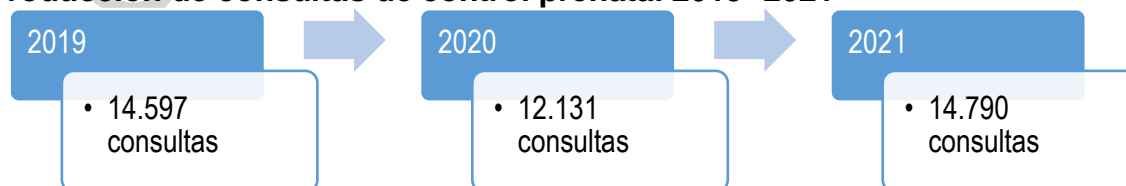
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL

- Garantizar la atención integral del binomio madre -hijo, de acuerdo a la Ruta integral materna perinatal, resolución 3280 del 2018, en la ESE Carmen Emilia Ospina.

En la Ruta Materna Perinatal, de la ESE Carmen Emilia Ospina, se realiza seguimiento a la cohorte poblacional de mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento, en la ruta se brinda intervenciones individuales de detección temprana y protección específica.

La RUTA MATERNO PERINATAL de la ESE Carmen Emilia Ospina, durante el transcurso del año 2021, se realizó atenciones de control prenatal a un total de 3.517 usuarias gestantes, y se realizó un total de 14.790 consultas de control prenatal intramural y 1.647 consultas domiciliarias.¹

Producción de consultas de control prenatal 2019- 2021



Fuente: Facturación. ESE Carmen Emilia Ospina.

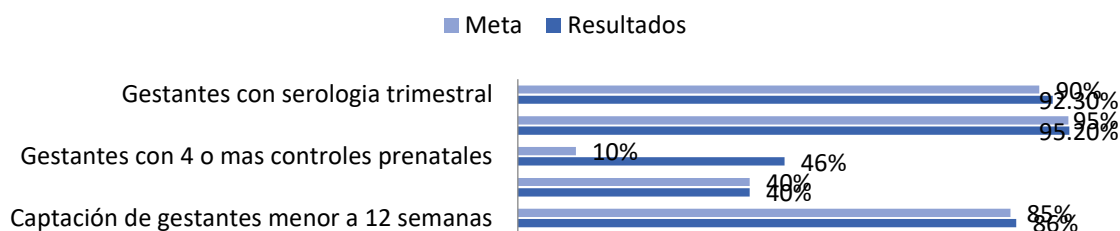
Relación de gestantes atendidas por EAPB 2021.

EAPB	Nro. GESTANTES
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	360
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD	83
COMFAMILIAR DEL HUILA	2462
MEDIMAS EAPB	542
OTRAS EAPB - SIN VICULACION	70
Total general	3517

Fuente: Base de datos Ruta Materna con corte a 31 de diciembre de 2021

Con fecha de corte a 31 diciembre de 2021, la ESE Carmen Emilia Ospina, cuenta con un total 1.239 gestantes inscritas activas, el 70% corresponde a la EAPB Comfamiliar, el 16% de la EAPB Medimas y 10% de la EAPB AIC, y 2% de la EAPB Asmet salud.

Indicadores de Calidad



Relación de gestantes en la ruta materno perinatal por centro de atención y EAPB.

SEDE	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD	COMFAMILIAR DEL HUILA	MEDIMAS EAPB	Otras	Total general
Aipécito	1		3	1		5
Caguán	2		19	3		24
Canaima	13	6	104	31	10	164
Chapinero			4	1		5
Domiciliaria	7		91	20		118
Eduardo santos	21	4	146	27		198
El triunfo				3		3
Fortalecillas	1		5	1		7
Granjas	26	6	165	27	8	232
Guacirco				1		1
IPC	18	4	161	33	3	219
San Antonio			3	1		4
San Francisco			2			2

San Luis	3		8			11
Siete de agosto	34	1	150	46	3	234
Vegalarga			9	3		12
Total general	126	21	870	198	24	1239

Fuente: Base de datos Ruta Materna con corte a 31 de diciembre de 2021

En cumplimiento con las actividades consignadas en la resolución 3280 de 2018, para la Ruta de Atención Materno Perinatal, se realizaron un total de 52.175 actividades relacionadas con la atención de las gestantes, entre las que se encuentran: tomas de exámenes e imágenes diagnósticas y consultas por psicología y odontología.

Relación de actividades realizadas a las gestantes por EAPB, 2021.

EXAMEN DE LABORATORIO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD	COMFAMILIAR DEL HUILA SUBSIDIADO	MEDIMAS EAPB	Total general
Coloración gram y lectura para cualquier muestra	80	2	509	100	691
Cultivo especial para otros microorganismos en cualquier muestra			3	2	5
Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina	182	3	1166	241	1592
Hemoclasificación sistema RH [antígeno RH d] por microtécnica	189	4	1195	257	1645
Hemograma IV	336	6	2455	486	3283
Hepatitis b antígeno de superficie [ag hbs]	181	3	1321	242	1747
Prueba de tolerancia a la glucosa 75 gr (3 muestras: 0 60 y 120 minutos)	2		30	4	36
Prueba no treponémica manual	48	2	286	40	376
Rubeola anticuerpos ig g automatizado	3		319		322
Toxoplasma gondii anticuerpos ig g semiautomatizado o automatizado	192	5	1248	4	1449
Toxoplasma gondii anticuerpos ig m semiautomatizado o automatizado	386	4	2728	18	3136
Treponema pallidum anticuerpos (prueba treponémica) manual o semiautomatizada o automatizada	329	5	2375	486	3195
Uroanálisis	114	6	834	177	1131
Urocultivo (antibiograma concentración mínima inhibitoria automatizado)	241	4	1691	321	2257
Virus de inmunodeficiencia humana 1 y 2 anticuerpos	365	7	2540	516	3428
Ecografía obstétrica transabdominal	188	2	1182	287	1660
Consultas odontológicas	2901	41	13815	4281	21038
Consultas psicología	587	72	3656	864	5181

Total general	6324	166	37353	8326	52172
---------------	------	-----	-------	------	-------

Fuente: Software institucional Índigo VIE. Base de gestantes con corte diciembre 2021

RUTA DE ALTERACIONES CARDIO CEREBRO VASCULAR

Total de población en el Programa Riesgo Cardiovascular

VARIABLE	TOTAL
Prevalencia de HTA ESE CEO x100	6.7%
Población con Hipertensión Arterial	9436
Prevalencia de DM ESE CEO x100	2.45%
Población con Diabetes Mellitus	3453
Total de inscritos en el Programa RCV	10678
Total de usuarios Activos en el Programa RCV	5625

Fuente: Cuenta de Alto Costo ERC. ESE Carmen Emilia Ospina. Base de datos de Facturación. Base de datos de afiliados.

En la Ruta de alteraciones cardo cerebro vascular, de la ESE Carmen Emilia Ospina, se realiza seguimiento a la población con enfermedades no transmisibles como lo es la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus tipo 2, en el programa se brinda la atención integral, mediante actividades dirigidas a la promoción de la salud, detección temprana de factores de riesgo, tratamiento y reducción de la progresión de complicaciones, a través de las estrategias basadas en evidencia para el control de enfermedades no transmisibles.

El Programa Riesgo Cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina, cuenta con un total 10678 inscritos, con fecha de corte a de diciembre de 2021; el 68.5% (7.314) de la población son mujeres y el restante 31,5% (3.364), hombres. En cuanto a las patologías, el 68% corresponden a usuarios con Hipertensión arterial, el 12% a usuarios con Diabetes Mellitus, y el 21% corresponde a usuarios con ambas patologías.

De los pacientes con patologías crónicas atendidas en la E.S.E. Carmen Emilia Ospina es necesario resaltar que se brinda atención a toda la población según su clasificación de Riesgo, haciendo énfasis en la entrega de medicamentos y atención oportuna, lo cual contribuyo a que los usuarios tuvieran atención medica con las medidas necesarias para salvaguardar la vida.

Distribución de la población según Riesgo por EAPB Programa RCV 2021

EAPB	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Muy Alto	Total general
AIC	319	1101	300	22	1742
COMFAMILIAR	378	4011	1566	45	6000
MEDIMAS	497	1766	590	83	2936
Total general	1194	6878	2456	150	10678

Fuente: Programa RCV

En el Programa de Riesgo Cardiovascular, de la ESE Carmen Emilia Ospina se realizó un total de 21 Brigadas de toma de laboratorios en la zona rural de Neiva, en los corregimientos de san francisco, San Luis, Vegalarga, El Caguán, Triunfo, San Antonio, Santa Elena, Fortalecillas, se atendieron un total de 2185 usuarios, y se tomaron 620 electrocardiogramas.

En relación al número de consultas, se realizaron 20.354 consultas a los usuarios inscritos en el programa riesgo cardiovascular, de las cuales el 9% fueron atención Domiciliaria y el 6% en modalidad de Tele consulta.

Relación de atenciones por modalidades de atención durante el año 2021

Modalidad de atención	Total
Domiciliaria riesgo cardiovascular domiciliario	1816
Riesgo cardiovascular medico control	15380
Riesgo cardiovascular enfermería control	337
Riesgo cardiovascular enfermería primera vez	255
Riesgo cardiovascular medico primera vez	1347
Teleconsulta riesgo cardio vascular medico control	1191
Teleconsulta riesgo cardio vascular medico primera vez	28
Total	20354

Fuente: Índigo Crystal Programa RCV

*ODONTOLOGIA

En la vigencia del año 2021, los 45 Odontólogos suscritos a la ESE Carmen Emilia Ospina, realizaron 25.684 consultas odontológicas primera vez, 19795 de control y seguimiento, 5426 consultas de urgencias odontológicas, presentando un rendimiento de 2,08 consultas por hora, y una productividad del 93%, el promedio mensual fue 5.129 consultas.

Tabla 1. Actividades por odontología, 2021

TOTAL	No PERSONAS CON SELLANTES	No SELLANTES	TTO TERMINADO	SUPERFICIES OBTURADAS	EXODONCIAS
	12451	14611	15072	32044	6733

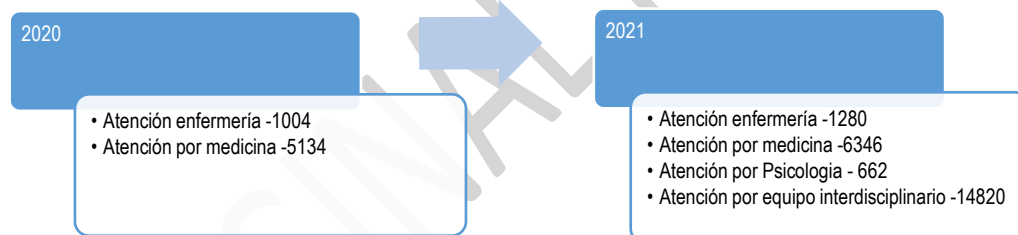
Fuente: Facturación. 2021.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

- Implementar y ajustar en la institución la modalidad de telemedicina, para prestar la atención en salud.

En cumplimiento de lo predispuesto a la Resolución No. 521 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, con el fin de garantizar la atención ambulatoria de la población en aislamiento preventivo obligatorio, con énfasis en población con 70 años o más condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, población con patologías crónicas de riesgo bajo, moderado y alto, y población gestante, durante la emergencia sanitaria COVID -19, se habilitó transitoriamente servicios en modalidad de Atención domiciliaria y Telemedicina.

Productividad atención domiciliaria 2020- 2021



Fuente: Facturación. ESE Carmen Emilia Ospina.

ATENCIÓN EXTRAMURAL

- Fortalecer la estrategia de atención en salud extramural para la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población designada.

Se garantizó la realización de brigadas extramurales, para atención a la población del área rural dispersa, realizándose un total de 430 brigadas en el área rural y 50 en área urbana, para atenciones por medicina general y enfermería.

Consolidado de brigadas zona rural del municipio de Neiva.

ZONA	TOTAL
Vegalarga	120
San Luis	104
Zona Norte	103
Zona Sur	103
Total general	430

Fuente: Coordinación de Promoción.

En la zona Norte se incluye las atenciones en salud, que se programaron en las siguientes veredas; Peñas Blancas, Guacirco, San Jorge, Buziraco, y San Francisco. En la zona Sur se incluye las atenciones de las veredas El Triunfo, Chapuro y San Bartolo. En Vegalarga se atiende las veredas; El Colegio, Palacio, Santa Helena, San Antonio, El Cedral, Palestina y Piedra Marcada. En san Luis, se incluye las veredas Apiecito, Chapinero.

En el área Urbana se programó un total de 50 brigadas extramurales, en las diferentes comunas de Neiva. Durante la vigencia de 2021 la ESE logro realizar 55.192 actividades de promoción y prevención, con el equipo extramural de la unidad móvil.

Población atendida mediante brigadas en la zona rural del municipio de Neiva.

CENTRO ATENCIÓN	ACTIVIDADES
AIPECITO	4211
CHAPINERO	6090
CHAPURO	1143
EL CEDRAL	2417
EL COLEGIO	2337
EL TRIUNFO	3556
GUACIRCO	1963
PALACIOS	3476
PALESTINA	2840
PEÑAS BLANCAS	1679
PIEDRA MARCADA	1674
SAN ANTONIO	4696
SAN BARTOLO	286
SAN FRANCISCO	2211
SAN JORGE	1402
SANTA HELENA	2988
Total general	42969

Fuente: Facturación 2021. ESE CEO.

***SALUD MENTAL**

- Elaborar, actualizar y socializar documento de atención que incluya las rutas integrales de atención de violencia, violencia de género y sexuales.

Durante el año 2021, se realizaron 26564 actividades por psicología, siendo las de mayor demanda: i) educación individual en salud por psicología con 16658 atenciones, ii) consulta de primera vez por psicología con 6206 atenciones y iii) interconsulta por psicología con 2559 atenciones.

Relación de actividades realizadas durante el año 2021

Ítem	Actividades Salud Mental año 2021	No.
1	Asistencia intrahospitalaria por psicología	51
2	Atención (visita) domiciliaria por psicología	660
3	Consulta de control o de seguimiento por psicología	430
4	Consulta de primera vez por psicología	6206
5	Educación individual en salud por psicología	16658
6	Interconsulta por psicología	2559
TOTAL		26564

Fuente: Facturación. ESE Carmen Emilia Ospina. 2021.

Gestión administrativa para la articulación de actividades para el mejoramiento continuo del servicio de psicología en la ESE Carmen Emilia Ospina.

Se realizó capacitación al talento humano de la entidad, en los siguientes temas:

- a. Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual: Semestralmente se realizaron jornadas de socialización del protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual. Adicionalmente, se coordinó el proceso de certificación para el personal asistencial (médicos, enfermeras jefe y psicólogos) en dicha temática, efectuada por la Secretaría de Salud Departamental los días 8, 9 y 10 de septiembre de 2021.
- b. Proceso de atención en psicología: Dirigido a personal asistencial de consulta externa.
- c. Ruta de atención en salud mental: Dirigido a personal asistencial de consulta externa.
- d. Ruta de atención de violencias: Dirigido a personal asistencial de consulta externa.
- e. Protocolo de atención a víctimas de ataques con agentes químicos: Dirigido a personal asistencial de referencia y contrareferencia.

Actualización del Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual:

- f. Elaboración Resolución 373 del 23 de septiembre de 2021 “por medio de la cual se conforma el Comité Institucional para la atención integral en salud a

víctimas de violencia sexual de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva”

- g. Elaboración del “Consentimiento informado atención inicial de urgencias en salud para víctima de violencia sexual”. Codificación SA-S3-F6 v1. Se adaptó el documento del Ministerio de Salud para su aplicación en la institución.
- h. Elaboración de la Ruta Institucional para la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.
- i. Actualización de Directorio Intersectorial para eventos de salud mental

Elaboración de Ruta institucionales para la Atención Integral en Salud a:

- j. Víctimas de Ataques con Agentes Químicos.
- k. Víctimas de Violencia de Género
- l. Víctimas del conflicto armado
- m. Trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas

Gestión documental. Elaboración de los siguientes protocolos:

- n. Protocolo para la comunicación de malas noticias. Codificación: SA-S3-D2
- o. Protocolo para la contención emocional en personal asistencial y administrativo. Codificación: SA-S3-D3
- p. Primeros Auxilios Psicológicos. Codificación: SA-S3-D4

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

El Programa Ampliado de Inmunización, durante la vigencia 2021, se evidencio un aumento en las coberturas de vacunación, comparado con el año 2020s debido a la Emergencia Sanitaria por Coronavirus. En trabajo arduo, se generaron estrategias para continuar con la vacunación sin barreras y bajo todos los protocolos de bioseguridad, desde área extra e intramural, para lograr así desde el 1 de enero al 31 de diciembre 2021 la aplicación de un total de 105.255 dosis de biológicos, de las cuales 90.601 dosis intramural y 14654 dosis extramural; se han vacunado un total de 54935 usuarios.

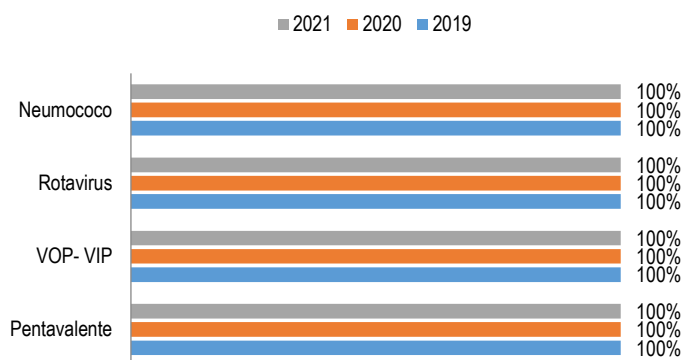
Las vacunas en el menor de un año, esta con un cumplimiento de Coberturas del 100%, en los niños de 1 año el cumplimiento de cobertura es del 100 %, niños del 1° refuerzo cumplimiento de cobertura del 98% y en los niños menores de 5 años el cumplimiento es de 92%, siendo esta población priorizada mediante estrategias de búsqueda domiciliaria, para garantizar la disminución de la morbilidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles.

Relación de dosis de biológicos aplicadas, 2021.

Variable	TOTAL GENERAL	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	RURAL ZONA NORTE	CANAIMA	RURAL ZONA SUR	SIETE AGOSTO	PALMAS	RURAL ZONA ORIENTE	IPC
Dosis de biológico aplicadas	105.255	13.299	16.024	5.821	24.125	3.805	9.300	13.935	3.388	15.558
Dosis de biológico aplicadas interinstitucional	90.601	11.373	13.223	5.821	19.620	3.753	7.808	12.181	3.388	13.434
Dosis de biológico aplicadas extrainstitucional	14.654	1.926	2.801	0	4.505	52	1.492	1.754	0	2.124
Vacunación de gestantes	3585	530	559	144	793	76	730	89	43	608

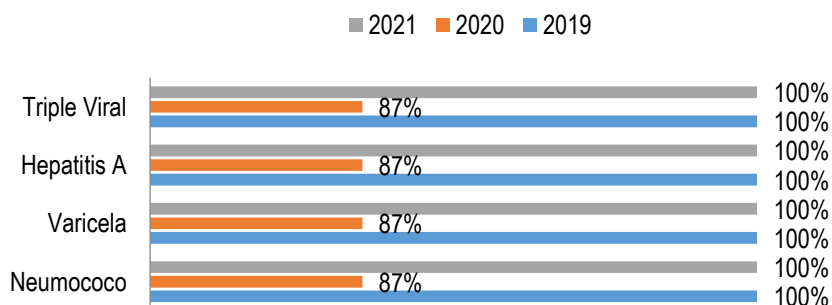
Fuente: Coordinación Programa Ampliado de Vacunación. Registros diarios de vacunación. Año 2021.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO 2019- 2021



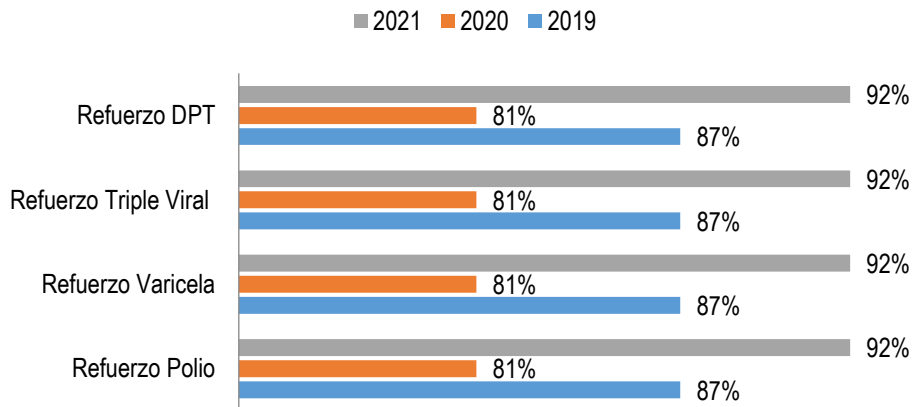
Fuente: Registros diarios de vacunación. Coordinación PAI.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO 2019- 2021



Fuente: Registros diarios de vacunación. Coordinación PAI.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 5 AÑOS 2019- 2021



Fuente: Registros diarios de vacunación. Coordinación PAI.

La ESE participo activamente en las Jornadas nacionales de vacunación programadas por el Ministerio de salud y protección social. Se realizaron 4 jornadas Nacionales de intensificación para la vacunación con el objetivo de aumentar coberturas en los biológicos trazadores: en los menores de un año con la Pentavalente, 1 año con (triple viral (SRP) y cinco años (1 refuerzo triple viral (SRP). Igualmente participo en el plan de intensificación de vacunación departamental en medio de la pandemia de COVID-19 de Septiembre a diciembre 2021.

Relación de jornadas de vacunación durante el año 2021.

Jornadas de vacunación	
Enero	lema: "Día de Ponerse al Día"
Abril	lema : " Jornada Nacional de las Américas"
Julio	lema: "Día de Ponerse al Día"
Agosto	lema "Día de Ponerse al Día, Estrategia sarampión y Rubeola"
Jornada de intensificación 25 de septiembre	
Jornada de intensificación 23 de octubre	
Jornada de intensificación 20 de noviembre	
Jornada de intensificación 18 de diciembre	

Fuente: Coordinación de PAI. 2021.

A partir del día 24 de abril 2021 se inició la Jornada nacional de intensificación para la aplicación de refuerzo de la vacuna Sarampión –Rubeola para toda la población infantil nacidos a partir del 01 de enero del año 2010 hasta el 31 de diciembre del año 2019 donde la ESE ha participado y apoyado la jornada aplicando la vacuna a toda la población que lo requiera.

Se realiza extensión del Plan de Contingencia de la Campaña hasta el 31 de marzo de 2022 por CIRCULAR emitida por la Secretaria de Salud Departamental con Radicado No 2221CS075247.

Cobertura de vacunación Sarampión - Rubeola en menor de 10 años de edad.

ESE Carmen Emilia Ospina	Total de Población de 1 a 10 años de edad	Total Vacunados	% Coberturas
Total General	26.258	25.352	97%

Fuente: Registros diarios de vacunación Esquema Regular. 2021.

***VACUNACIÓN CONTRA COVID 19**

A continuación, se relaciona total de dosis administradas, discriminadas por biológicos, por tipo de dosis, y centro de atención zona rural y urbana, y modalidad de atención extramural y domiciliaria con fecha de corte al 28 de diciembre del 2021.

Relación de dosis administradas vacuna contra Covid – 19, 2021.

DOSIS ADMINISTRADAS BIOLOGICO CONTRA COVID 19	CANTIDAD
PRIMERAS DOSIS	106.664
SEGUNDAS DOSIS	72.982
DOSIS UNICAS	13.292
REFUERZOS	7.585
Total general	200.523

Fuente: Registros diarios de vacunación covid 19. ESE Carmen Emilia Ospina. 2021.

Relación de dosis administradas por biológico contra Covid-19, 2021.

Biológicos administrados	Total general
PFIZER	69.562
SINOVAC	35.579
ASTRAZENECA	35.655
MODERNA	46.372
JANSSEN	13.355
Total general	200.523

Fuente: Registros diarios de vacunación covid 19. ESE Carmen Emilia Ospina. 2021.

Durante la vigencia del año 2021, se administraron un total de 14.914 dosis a la población entre 3 a 11 años de edad, correspondiendo al 7,43% de los biológicos aplicados por la ESE Carmen Emilia Ospina.

Relación de dosis administradas por centro de atención área rural durante el año 2021.

Centro de atención área rural	Biológico					Total
	PFIZER	MODERNA	SINOVAC	ASTRAZENECA	JANSSEN	
CAGUAN	450	50	60	50	210	820
SAN ANTONIO	42	134	100	50	630	956
EL TRIUNFO	6	120	163	50	110	449
GUACIRCO	18	168	116	40	345	687
SAN LUIS	12	84			740	836
SANTA HELENA		40	39		225	304
PALESTINA	6				150	156
EL CEDRAL		28			95	123
SAN FRANCISCO					300	300
AIPECITO		98			760	858
PEÑAS BLANCAS	6				255	261
MOSCOVIA					50	50
FORTELECILLAS	6	120	241	160	555	1082
VEGALARGA	6	170	171		685	1032
CHAPINERO		84			250	334
Total general	552	1096	890	350	5360	8248

Fuente: Registros diarios de vacunación covid 19. ESE Carmen Emilia Ospina. 2021.

Se garantizó la vacunación en modalidad extramural y domiciliario, en donde se aplicaron un total de 9.306 dosis, y extramural 724.

***AREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

- **Fortalecer la operatividad del servicio de transporte asistencial básico y referencia y contrarreferencia institucional con oportunidad y calidad.**

La E.S.E. Carmen Emilia Ospina dentro de los procesos habilitados para su prestación de servicios a los usuarios, cuenta con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, el cual a su vez, contiene los subprocesos de Referencia y Contrarreferencia y Transporte Asistencial Básico – TAB.

1.1. Remisiones gestionadas desde los diferentes servicios año 2021

1.1.1. Urgencias, Hospitalización y Consulta externa

Durante el año 2021, la institución genero un total de **101.017** remisiones, siendo un **35%** generado desde el servicio de urgencias, frente a un **65%** de solicitudes desde Consulta externa.

Tabla 2. Gestión de Remisiones por servicio, ESE Carmen Emilia Ospina año 2021.

Consolidado de Remisiones por Servicio, ESE CEO - 2021				
SERVICIO MES	Urgencias	Consultas Externas	Hospitalización	TOTAL
TOTAL	5697	88790	6530	101017

Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Comportamiento de solicitud de remisiones año 2021

Especialidades

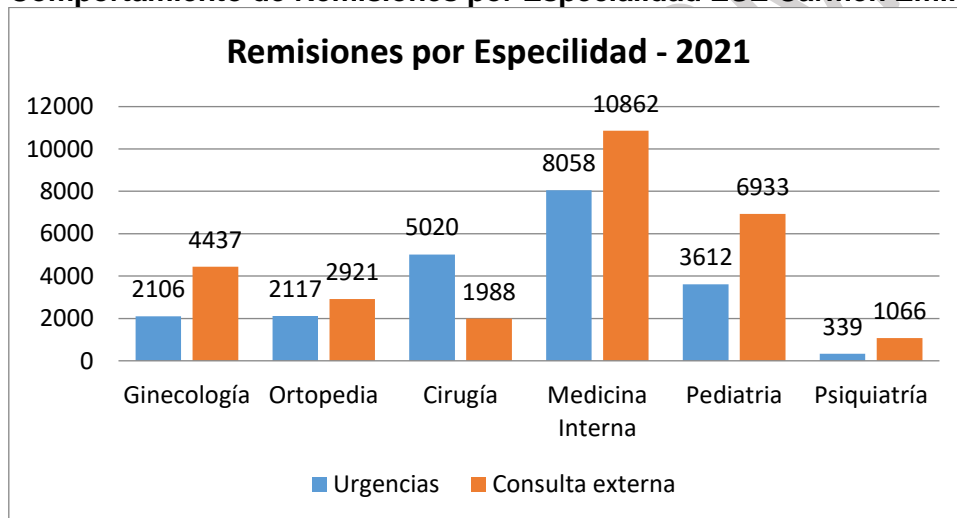
Durante el año 2021, el comportamiento de solicitud de remisiones por especialidades presento el siguiente comportamiento: Medicina interna fue la principal especialidad a remitir con un 18.7%, seguida de pediatría con un 10.4%, cirugía 6.9% y ginecología 6.5%.

Gestión de remisiones por especialidad, ESE Carmen Emilia Ospina 2021.

SERVICIOS SOLICITADOS								
	Ginecología	Ortopedia	Cirugía	Medicina Interna	Pediatría	Psiquiatría	Otros	TOTAL
TOTAL	6543	5038	7008	18920	10545	1405	51558	101017

Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Comportamiento de Remisiones por Especialidad ESE Carmen Emilia Ospina 2021

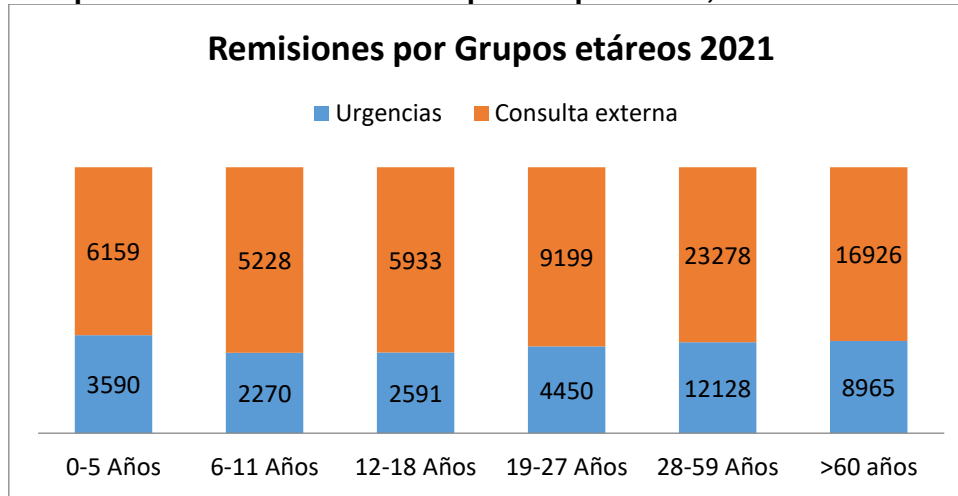


Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Grupo etáreo

Respecto a la relación **Remisiones/grupo etáreo**, se puede considerar que los grupos con mayor volumen de solicitud de valoración son: de 28 a 29 años de edad con un total de **35.406**, seguido del grupo de mayores de 60 años con **26.191** remisiones.

Comportamiento de Remisiones por Grupo etáreo, ESE Carmen Emilia Ospina 2021



Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Solicitud de remisiones por Grupo etáreo, ESE Carmen Emilia Ospina 2021.

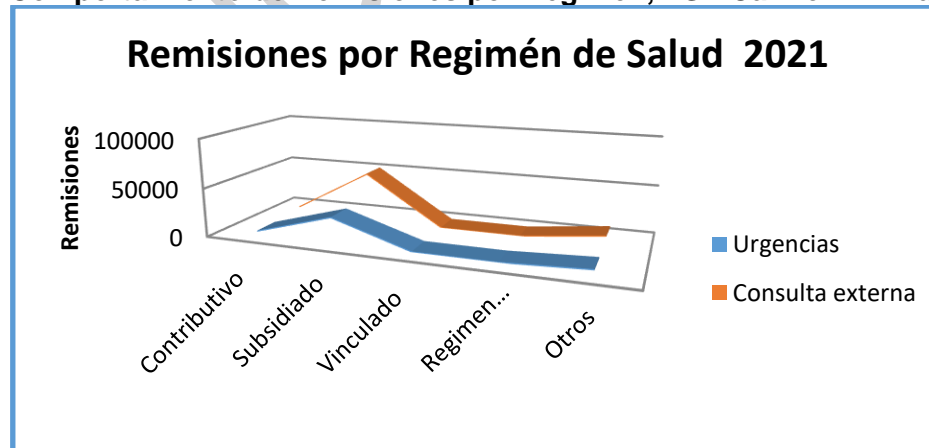
Grupo Etáreo ESE Carmen Emilia Ospina 2021							
	0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	19-27 Años	28-59 Años	>60 años	TOTAL
TOTAL	9749	7498	8524	13649	35406	26191	101017

Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Régimen de salud

La ESE Carmen Emilia Ospina, al ser una institución de carácter público ofrece sus servicios principalmente a la población de régimen subsidiado, sin embargo desde los servicios de urgencias y hospitalario, también se brinda atención a los demás regímenes de salud; comportamiento que se logra analizar en la siguientes Grafica y Tabla de consolidado anual.

Comportamiento de Remisiones por Régimen, ESE Carmen Emilia Ospina 2021.



Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

En relación al comportamiento de las remisiones por régimen de salud durante el año 2021, el 76.6% de las remisiones correspondieron al régimen subsidiado, seguido por un 12.9 % de otros regímenes (ARL, SOAT, Particulares); Contributivo con 10.2% y finalmente Vinculado y Especiales con 0.3 y 0.1 % respectivamente.

Solicitud de remisiones por Régimen de salud, ESE Carmen Emilia Ospina 2021

Remisiones / Régimen de Salud 2021						
	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	Especial o Excepcional	Otros	TOTAL
TOTAL	10282	77330	294	67	13044	101017

Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

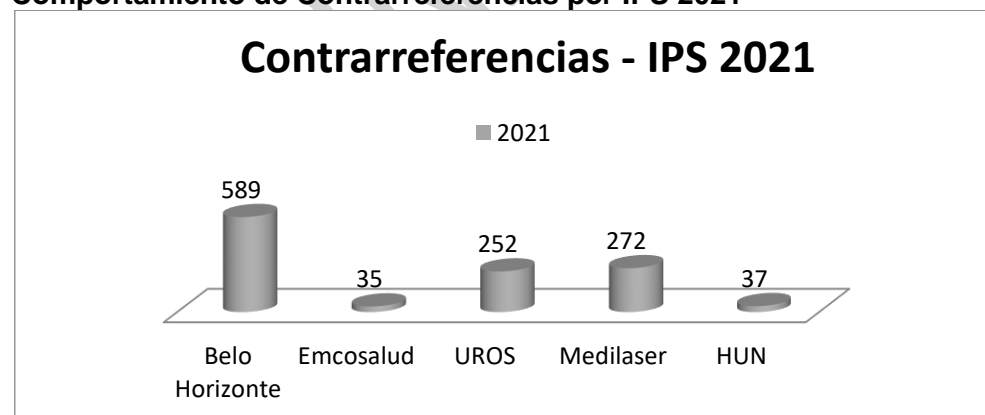
Contrarreferencias 2021

El subproceso de Contrarreferencia es el más débil en la institución, debido a diferentes factores como: 1. Ausencia de personal asignado específicamente a ésta labor y/o la falta de horas para asignar a una auxiliar de apoyo, 2. El reporte extemporáneo por parte de las IPS, 3. La ausencia de reportes de valoración por parte las instituciones de salud de mayor nivel de complejidad. En el caso del último factor cabe aclarar que a pesar de ser un hallazgo ya reportado en auditorias y socializado en reunión con la IPS a través de los comités de Emergencias convocados por el CRUEH, se continúa sin obtener un resultado satisfactorio.

Reportadas por IPS

En la revisión del proceso de Contrarreferencias, se puede observar que los reportes generados en relación al volumen de solicitudes generadas de valoración especializada son mínimos; así mismo.

Comportamiento de Contrarreferencias por IPS 2021



Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Transporte Asistencial Básico – TAB

El servicio de Transporte Asistencial Básico – TAB, de la ESE Carmen Emilia Ospina, no solamente garantiza los traslados a red externa (nivel complementario), también realiza los de tipo interno (entre las sedes de la institución), teniendo en cuenta que las solicitudes son generadas al servicio de referencias a través del correo institucional y que las mismas son registradas por el personal radioperador. A partir de este censo se obtuvieron los siguientes registros:

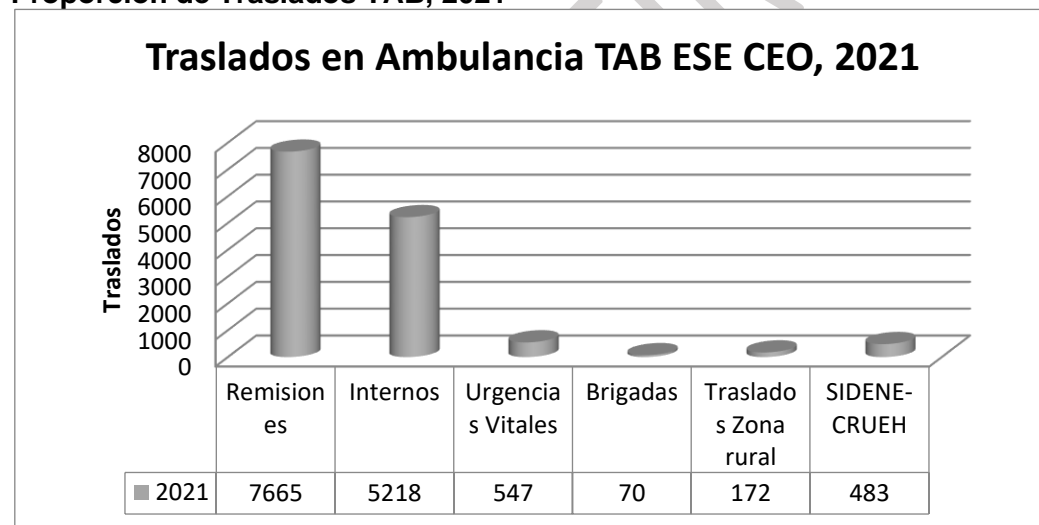
Traslados de ambulancia TAB, ESE Carmen Emilia Ospina, 2021

Traslados en Ambulancia TAB ESE CEO, 2021							
	Remisiones	Internos	Urgencias Vitales	Brigadas	Traslados Zona rural	SIDENE-CRUEH	Total
2021	7665	5218	547	70	172	483	14155

Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Según el consolidado se logra apreciar que la proporción más alta de traslados TAB, corresponde a de los traslados de remisiones a red externa, seguida por los traslados internos.

Proporción de Traslados TAB, 2021



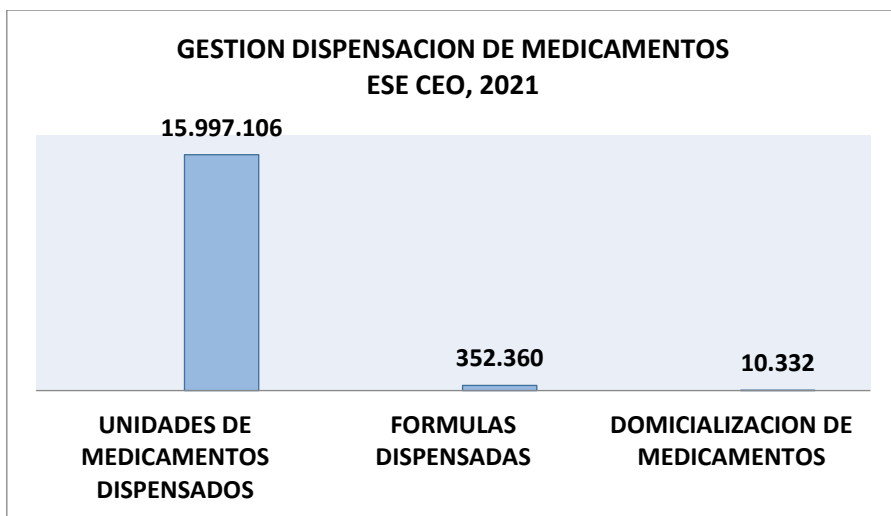
Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

*SERVICIO FARMACEUTICOS

Mediante el operador Discolmedica SAS, se gestionó la entrega de fórmulas de medicamentos a los usuarios, desde enero a Diciembre 2021, se han dispensado un total de 15.997.106 unidades de medicamentos, un total de 352.360 formulas dispensadas y un total de 10.332 medicamentos en modalidad domiciliaria, a la población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70

años o más o condiciones crónicas de base o inmunosuspensión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID- 19.

Gestión de medicamentos. ESE Carmen Emilia Ospina



Fuente: Facturación – Discolmedica.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo Específico:

- **Prevención y atención integral centrada en las personas afectadas por tuberculosis.**
- **Garantizar la atención del paciente con dengue de manera más oportuna y correcta.**
- **Notificar oportunamente los eventos de interés en salud pública, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el instituto nacional de salud.**

Las actividades realizadas por el área de vigilancia epidemiológica durante el año 2021, estuvieron encaminadas hacia el análisis de los eventos de notificación obligatoria, eventos nuevos covid-19, alertas epidemiológicas y los eventos centinelas que se encuentran relacionados especialmente con la mujer y la infancia. Igualmente se trabajó en el mejoramiento de la información reportada en RIPS logrando un perfil epidemiológico ajustado a la realidad de la entidad.

SEGUIMIENTO A EVENTOS CENTINELAS

Meta: Realizar el 100% de unidades de análisis a los eventos relacionados con la gestación y 50% de casos relacionados con la niñez.

Cumplimiento: Se realizaron en el año un total de 54 unidades de análisis, para un cumplimiento de 100%. El 86% corresponde a eventos relacionados con la gestación y la niñez.

MORTALIDAD INFANTIL MENORES DE 5 AÑOS

Indicadores de calidad, resolución 256/2016

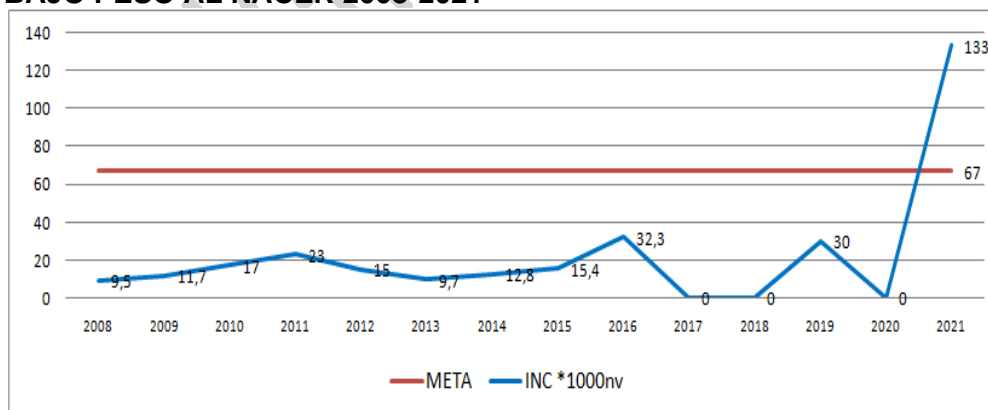
INDICADORES 256	TOTAL 2021			TOTAL 2020			TOTAL 2019			TOTAL 2018		
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL	NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL	NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL	NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL
Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	20	20	100	57	20	100	34	34	100	41	41	100
Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años	0	109	0,00	0	109	0	0	414	0	0	75	0
Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años.	1	1.182	0,08	0	1182	0	0	3.539	0	1	3.271	0
Letalidad en menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda (EDA)	0	1.989	0,00	0	1989	0,00	0	202	0,50	0	741	0
Tasa de mortalidad infantil menores de 1 año x 1000 nv	1	19	0,00	0	30	0	1	34	29	0	41	50

Fuente: Sivigila 2021

Durante el 2021 se reportó una mortalidad en menor de un año asociada a enfermedad respiratoria con antecedentes de defectos congénitos agenesia renal derecha y enfermedad edematosa pulmonar.

BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO BPN

BAJO PESO AL NACER 2008-2021



AÑOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
META	67	67	67	67	67	67	67	67
INC *1000nv	12,8	15,4	32,3	0	0	30	0	133
# casos	4	2	2	0	0	1	0	2

Fuente: Sivigila 2021

Indicador: tasa por 1000 nacidos vivos de niños con Bajo peso al nacer a término 2021: 2 casos

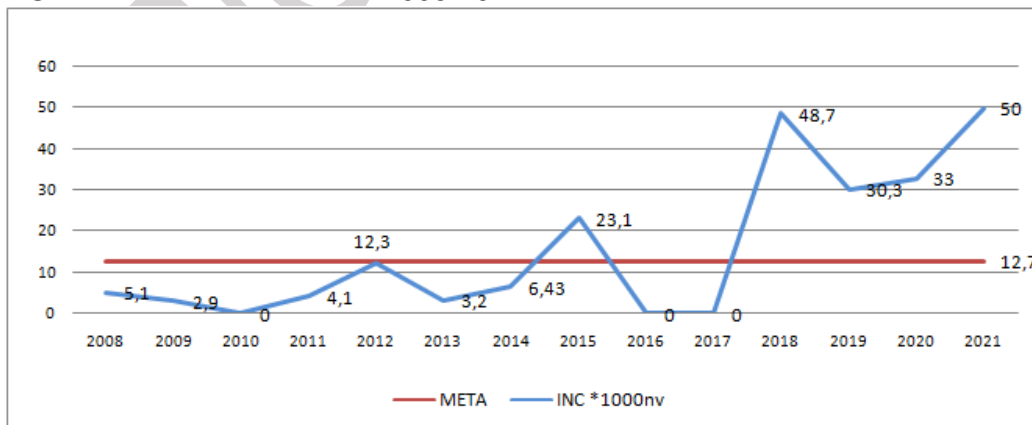
Meta: 67,1 x 1000nv

La proporción de BPN de acuerdo al número de partos atendidos por la ESE CEO es de 133*1000nv, durante el 2021 se reportó 2 casos de bajo peso al nacer. En el comportamiento del indicador institucional se observa un aumento de la tasa x 1000 nacidos vivos por encima de la meta institucional, es importante aclarar que este indicador se mide teniendo en cuenta el número de partos atendidos en la ESE Carmen Emilia Ospina, ante el descenso significativo de estos, el dato no es comparable con otros años.

MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal y neonatal tardía es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción, y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y posparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que esta vive, durante el 2021 la ESE Carmen Emilia Ospina reporta 1 caso de muerte perinatal evitable a 33 semanas de gestación en joven de 23 años procedente del área urbana perteneciente al régimen subsidiado, con diagnóstico de preeclampsia severa.

MORTALIDAD PERINATAL 2008-2021



AÑOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
META	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7
INC *1000nv	6,43	23,1	0	0	48,7	30,3	33	50
# casos	2	3	0	0	2	1	1	1

Fuente: Sivigila 2021

Meta: 12,7 x 1000nv

Indicador: Razón de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos 2020: 33,3 casos * 1000 nacidos vivos.

Observaciones: En el comportamiento del indicador institucional se observa un aumento de la tasa x 1000 nacidos vivos por encima de la meta institucional, es importante aclarar que este indicador se mide teniendo en cuenta el número de partos atendidos en la ESE Carmen Emilia Ospina, ante el descenso significativo de estos, el dato no es comparable con otros años.

20 Casos de muertes perinatales se reportaron por otras entidades de salud, donde nuestra entidad realizó alguna intervención en el proceso de la gestación (control prenatal, atención de urgencias) 13 se clasificaron como no evitables (condiciones del feto incompatibles con la vida), 1 sin establecer causa y 6 evitables. Durante el análisis de los casos con la entidad municipal se identificó factores de riesgo como:

Problemas derivados de la salud materna

- Antecedentes de obesidad, diabetes mellitas, preeclampsia, abortos e, hipertensión arterial.
- Infecciones adquiridas durante la gestación: toxoplasmosis- infección de vías urinarias.
- Inasistencia a CPN.
- Alto riesgo obstétrico por gestante adolescente.
- Inicio de controles prenatales tardíos
- Ausencia de control prenatal
- Controles prenatales deficientes.
- Violencia intrafamiliar

SÍFILIS GESTACIONAL:

En el 2021 se reportaron 39 casos, se realizó seguimiento al 100% de los eventos.

CASOS DE SIFILIS GESTACIONAL 2021

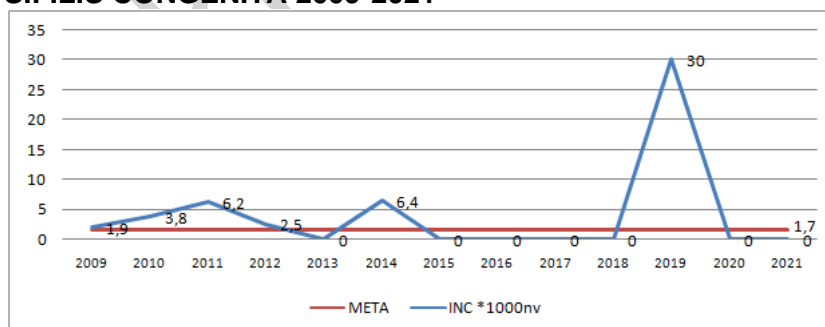
INDICADORES	2018	2019	2020	2021
total gestantes atendidas	4232	3935	3648	
proporcion sifilis gestacional / numero de gestantes	1%	1%	1,07	
numero de gestantes diagnosticadas en el I TRIMESTRE	17	15	12	24
numero de gestantes diagnosticadas en el II TRIMESTRE	18	12	15	12
numero de gestantes diagnosticadas en el III TRIMESTRE	9	10	12	4
Parto				1
TOTAL ESE CEO	44	37	39	41
Granjas	10	9	11	16
Palmas	11	7	9	4
IPC	11	4	6	10
Canaima	12	17	13	11
Tratamientos adecuados	41	34	35	31
tratamientos terminados	43	36	35	31
% tratamientos adecuados	93	92	90	76
% tratamientos terminados	98	97	90	76
Numero de gestantes diagnosticadas antes de semana 17	23	23	16	33
Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17	52	62	41	80
oportunidad en el diagnostico (promedio 2 dias)	1	1	1,02	2
oportunidad en el tratamiento (promedio 4 dias)	3	7	9,37	6,45
numero de casos nuevos de sifilis congenita	0	1	0,00	1
Mortalidad por sifilis congenita	0	0	0,00	0

Fuente: Sivigila 2021

El 66% de los casos termino tratamiento, el 24% (10) corresponde a usuarias con tratamiento incompleto, debido a negativa de la paciente. El porcentaje de cumplimiento para tratamientos adecuados es de 76%, catorce puntos menos que en el 2020, esta cifra es debida a dos causas principales: son tratamientos que se terminan por decisión del paciente. La oportunidad del diagnóstico esta en 2 días y de inicio de tratamiento 6,4 mejorando en 3,8 días menos. El 60% de las parejas fueron tratados, los demás no se tratan por motivos como: no conviven actualmente, viven en otra ciudad o están detenidos.

Sífilis congénita:

SIFILIS CONGENITA 2009-2021



Fuente: Sivigila 2021

El área de vigilancia epidemiológica realiza varias acciones para cumplimiento de este indicador como compromiso en la eliminación de la sífilis congénita:

1. Seguimiento a gravíndex positivos por el servicio de urgencias, se canalizan y se inscriben al control prenatal.
2. seguimiento a serologías positivas se realiza seguimiento tanto a hombres como mujeres con reportes de serologías positivos para inicio de tratamientos y controlar fuentes de infección.
3. Seguimiento a mujeres con pruebas de gravíndex negativos y captación a programas de planificación familiar.
4. seguimiento al suministro de preservativos a las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional.
5. seguimiento serológico por un año, garantizando la curación o detectando oportunamente la reinfección.
6. Se garantiza el tratamiento a la pareja independiente de su filiación a la EAPB.
7. Reporte a las EAPB de usuarios en el cumplimiento del seguimiento y suministro de tratamiento.
8. Auditoría externa de las muestras que se toman en el laboratorio institucional, con una concordancia del 100%.
9. Disponibilidad de pruebas las 24 horas.

CENTINELAS EN NIÑOS 2021

INDICADOR CENTINELA	Año 2018			Año 2019			Año 2020			Año 2021		
	CENTINELAS N. DE CASOS 2018	N DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2018	%	CENTINELAS N. DE CASOS 2019	N DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2019	%	CENTINELAS N. DE CASOS 2020	N DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2020	%	CENTINELAS N. DE CASOS 2021	N DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2021	%
Otitis Media Supurativa en Menor De 5 Años.	210	202	96	224	213	95%	59	45	76,2	60	60	100%
Hospitalización por Neumonía en menores de 5 años.	12	10	83%	93	84	97%	56	50	89%	170	170	100%
Hospitalización por EDA en menores de 5 años.	10	8	80%	13	11	87%	113	90	79,6	68	68	100%
Total	232	220	95%	330	315	94%	228	185	81%	298	298	100%

Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

Para el cumplimiento en visita domiciliaria de casos centinela en niños, encontrándose algunas dificultades en la comunicación como: teléfono apagado, o no corresponde. Se realiza auditoria mensual donde se evidencia mejora continua en la adherencia a las guías de atención por parte de los profesionales de la medicina.

CUMPLIMIENTO EN EL SEGUIMIENTO DE CENTINELAS 2016-2021

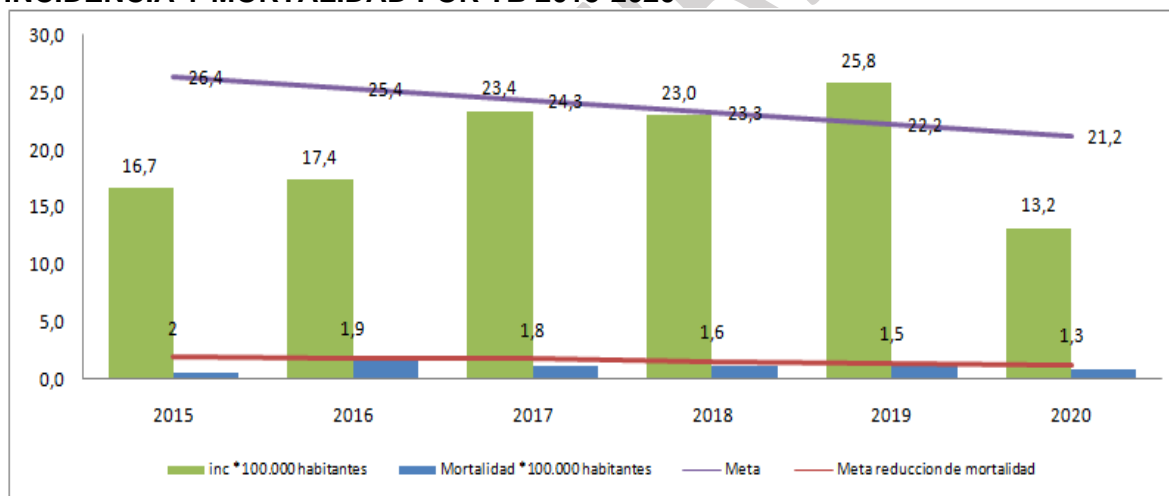
Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021
97%	87%	95%	94%	60%	100%

Fuente: Rips 2021

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

Objetivo: Identificar oportunamente población con tuberculosis y garantizar su Tratamiento.

INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR TB 2015-2020



	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TOTAL CASOS REGISTRADOS	57	60	81	80	90	48
proy población Neiva	342.117	344.026	345.806	347.438	348.964	364.408
inc *100.000 habitantes	16,7	17,4	23,4	23,0	25,8	13,2
Meta	26,4	25,4	24,3	23,3	22,2	21,2

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
total fallecidos	2	7	4	4	5	3
proy población Neiva	342.117	344.026	345.806	347.438	348.964	364.408

Mortalidad *100.000 habitantes	0,6	2,0	1,2	1,2	1,4	0,8
Meta reducción de mortalidad	2	1,9	1,8	1,6	1,5	1,3

Fuente: Vigilancia Epidemiológica. 2021.

RESULTADOS DE TRATAMIENTO EN LA COHORTE DE CASOS NUEVOS PULMONARES

Criterio	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Curado	52%	49%	46%	39%	37%	34%
Tratamiento Terminado	20%	16%	19%	24%	15%	29%
Fracaso	0%	2%	1%	3%	0%	0%
Pérdida en el seguimiento	16%	18%	24%	22%	28%	20%
Fallecido	4%	10%	5%	6%	5%	2%
No evaluado	8%	6%	4%	7%	15%	15%
total año casos nuevos	50	52	74	72	77	42
Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos	72%	65%	65%	63%	52%	63%
total fallecidos	2	5	4	4	4	1

Fuente: Vigilancia Epidemiológica. 2021.

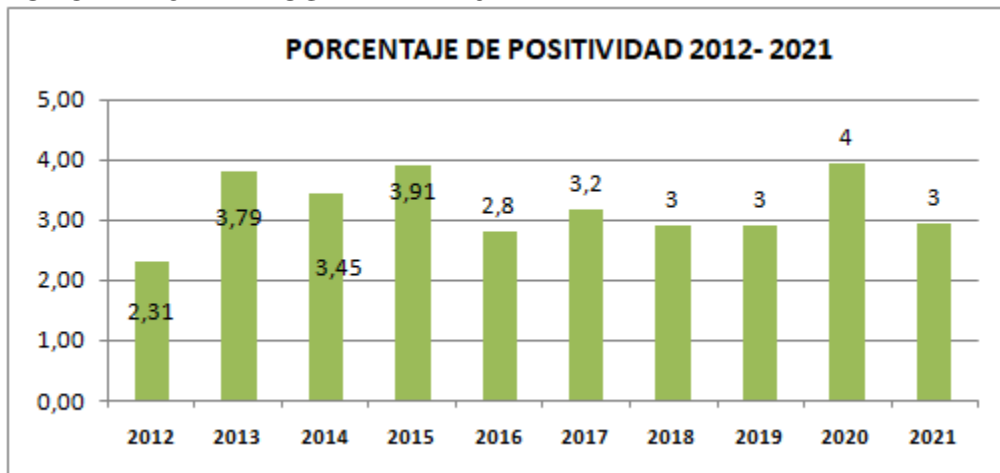
Cumplimiento: durante el año 2021 ingresaron al programa de tuberculosis 70 casos: 58 nuevos, 6 reingresos por pérdida, 2 recaída y transferido 4, de ellos 6 extra pulmonares y 64 pulmonares. La ESE Carmen Emilia captó el 60% de los pacientes respiratorios al programa aumentando la captación en 11% por encima del 2020.

En el análisis de la cohorte 2020 la incidencia de acuerdo a los casos registrados en la ESE CEO se mantuvo dentro de la meta proyectada por el plan de eliminación de tuberculosis 2015-2025 de ministerio de salud. Es importante indicar que la pandemia asociada a sarvs cov2 que inicio en Marzo 2020 para nuestro país, influyo en la detección y diagnóstico de esta patología por la menor captación. Igualmente la mortalidad asociada a tuberculosis se mantiene dentro de las metas establecidas, se identifica la comorbilidad especialmente de VIH en un factor presente en los casos de mortalidad.

En cuanto al éxito del tratamiento se aumentó en un 11% manteniendo las cifras de los años anteriores, para el logro se brindó asistencia de tratamiento en casa

además se ha considerado que ante la presencia de la pandemia aumento el interés de tratamiento en pacientes con condiciones de vulnerabilidad. En cuanto a la pérdida de seguimiento esta situación ha mostrado un incremento progresivo; se ha identificado factores determinantes que influye en la adherencia en el tratamiento para TB: el consumo de spa y condición de habitante de calle.

PORCENTAJE DE POSITIVIDAD 2021



Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

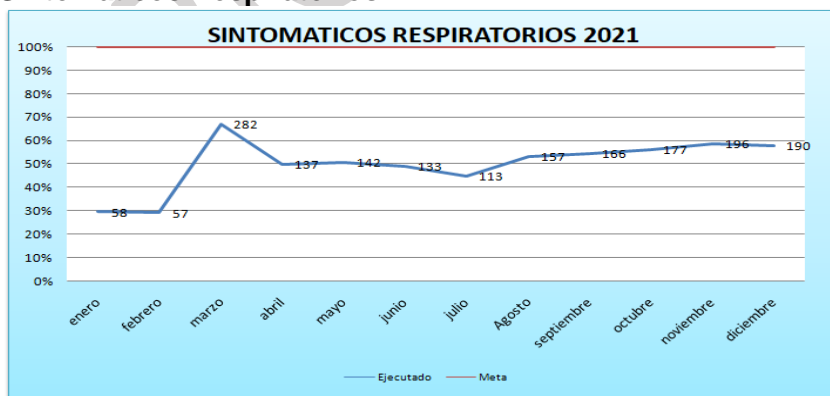
Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios

Objetivo: realizar diagnostico bacteriológico a todo sintomático respiratorio, según el decreto 227 de 2020

Meta: 1.167 sintomáticos respiratorios (5% de la población mayor de 15 años que consulta por primera vez por consulta externa durante el año)

Cumplimiento: se captaron 1808 que corresponde a 109%.

Sintomáticos Respiratorios



Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

En el programa de tuberculosis se llevó a cabo varias acciones como:

- Celebración del día mundial de la tuberculosis.
- Educación en los servicios de urgencias a los pacientes y sus acompañantes sobre la TBC.
- Implementación de protocolo de etiqueta respiratoria, bajo el esquema de pandemia covid-19.
- Suministro de tratamiento ANTI TB domiciliario para pacientes con discapacidades por estado de salud y/o acceso.
- Garantía de continuidad de tratamiento y seguimientos telefónicos.

1.2. NOTIFICACIÓN Y AJUSTE DE EVENTOS

Objetivo: notificar el 95% de los eventos de interés en salud pública y realizar el ajuste posterior al conocer el resultado de los laboratorios cuando fuere el caso.

Cumplimiento: Se notificaron al SIVIGILA 25.974 eventos para un cumplimiento de la notificación del 99% en notificación oportuna. En cuanto ajustes se identificaron 14.051 eventos para ajuste y un cumplimiento a corte enero del 92%, se aclara que esta cifras puede aumentar ya que hasta marzo es el plazo para cumplir con ajuste de casos, que aún están pendientes de reportes del instituto Nacional de salud y laboratorio departamental:

Leptospirosis, enfermedad respiratoria, sarampión rubeola. Para el cumplimiento de esta actividad, el equipo de vigilancia epidemiológica realiza acciones de seguimiento diario a RIPS buscando activamente EISP, además de la aplicación SIANEAPB para respaldar el proceso de BAI.

SEGUIMIENTO A LA NOTIFICACION 2021

Total Eventos	Notificados	Sin Notificar	%
	25974	154	99,41%

Fuente: SISTEMA SIVIGILA -2021

SEGUIMIENTO A LA NOTIFICACION POR CENTROS DE SALUD 2021

Rótulos de fila	enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	junio	Julio	Agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	Total general	total eventos notificados	% cumplimiento
EDUARDO SANTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	100%
ZONA ORIENTE															
SIETE AGOSTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72	100%
ZONA SUR CAGUAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	151	100%
CANAIMA	2	4	5	5	5	5	2	3	2	1	2	3	39	14159	99,7%
PALMAS	7	3	5	3	3	4	5	4	0	1	2	1	38	4451	99,1%
GRANJAS	5	3	1	2	2	10	5	1	0	1	7	4	41	4799	99,1%
IPC	0	2	2	1	2	4	3	2	2	2	5	6	31	2314	98,7%
SAN LUIS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0,0%
VEGALARGA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,0%
fortalecillas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	0,0%
Total general	14	12	13	12	12	23	15	11	4	5	16	17	154	25973	99,4%

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2021

CUMPLIMIENTO EN AJUSTES SIVIGILA

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
95%	76%	97%	98%	93%	82%	92%

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2015 -2021

MORBILIDAD EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA 2021

cod_eve	nombre	per_01	per_02	per_03	per_04	per_05	per_06	per_07	per_08	per_09	per_10	per_11	per_12	per_13	total	%
100	IRA POR VIRUS NUEVO	8945	2777	2440	2801	1184	1884	1268	285	91	89	149	230	940	23083	85,90
110	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	69	90	110	108	108	116	89	110	97	127	133	117	122	1396	5,20
113	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	98	94	118	87	93	98	99	109	102	105	74	117	106	1300	4,84
155	DENGUE	55	56	45	27	12	18	11	16	10	14	9	19	45	337	1,25
210	INTENTO DE SUICIDIO	5	13	9	9	12	11	8	9	12	6	10	7	13	124	0,46
215	VARICELA INDIVIDUAL	6	5	8	2	7	5	3	4	4	7	5	22	24	102	0,38
298	ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	4	2	1	21	6	0	0	3	33	3	9	7	4	93	0,35
300	DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	11	10	3	4	3	3	3	2	10	12	4	6	8	79	0,29
330	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	5	5	11	5	6	3	6	9	6	6	3	5	3	73	0,27
340	INTOXICACIONES	6	6	5	5	4	7	1	4	1	6	1	4	12	62	0,23
346	TUBERCULOSIS	9	4	4	4	6	4	2	2	2	6	4	6	2	55	0,20
352	SÍFILIS GESTACIONAL	3	4	6	0	3	3	6	3	6	4	1	2	1	42	0,16
355	PAROTIDITIS	4	1	2	3	0	2	1	2	3	1	2	4	3	28	0,10
356	EVENTO ADVERSO GRAVE POSTERIOR A LA VACUNACIÓN	0	0	7	17	0	0	0	0	0	0	2	0	0	26	0,10
365	MALARIA	0	4	4	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	11	0,04
420	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	0	1	0	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	9	0,03
440	ACCIDENTE OFÍDICO	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	6	0,02
450	BAJO PESO AL NACER	0	0	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0,02
452	CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	1	0	6	0,02
455	HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	6	0,02
465	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	6	0,02
549	LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0,02
560	INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0,01
591	LEPRA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0,01
605	TOS FERINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0,01
620	DEFECTOS CONGENITOS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,00
710	HEPATITIS A	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,00
750	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,00
800	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,00
813	LEPTOSPIROSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,00
831	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,00
850	VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFE	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,00
875	RUBEOLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,00

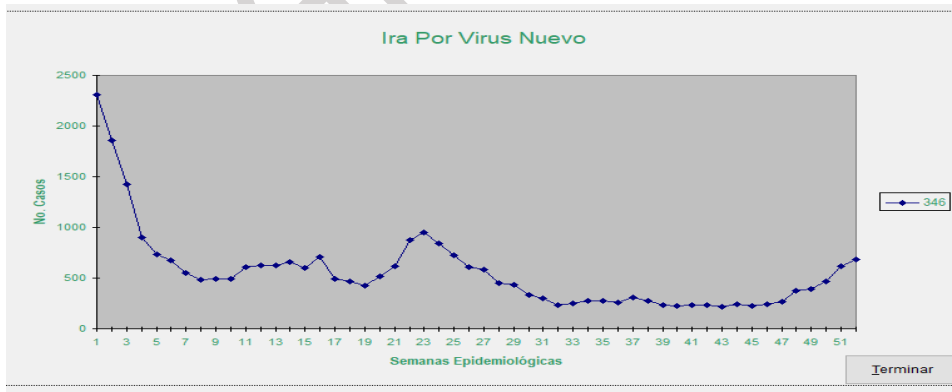
Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2021

A corte del de la semana 52 se ha notificado al sivigila un total de 25.973 eventos de interés en salud pública, actualmente el evento IRAG por virus nuevo 346 es el principal evento en notificación con una proporción del 85%, durante el mes de mayo a julio se presentó el segundo pico epidémico por esta patología y finalizando el año ante la presencia de la variante Ómicron nuevamente se incrementa los casos. La rabia Humana continúa en alerta roja y vigilancia intensificada, razón por la cual se realiza seguimiento a la exposición de animales potencialmente transmisores de rabia, y en salud mental se han atendido un total de 1.300 eventos de violencia de género.

Adicionalmente ante la alerta por leishmaniasis visceral por la presencia de caso en el corregimiento de Caguan, en el comité cove municipal existe una gran preocupación por el aumento en la población de mosquitos de la especie Lutzomya Longipalpis encontradas este año con respecto a los años anteriores. La secretaría de salud municipal en estos momentos ha tomado medidas como: Instalación de trampas de CDC por tres días, la toma de muestras a caninos priorizados de los cuales 234 se les tomó muestras y 13 salieron positivos, entrega de toldillos a personas expuestas y entrega de repelentes, adicionalmente solicitan estar muy atentos porque posiblemente por un corredor ecológico que comunica la zona del sur de Caguán con el Oriente de Neiva, existe la posibilidad de que el mosquito pueda expandirse a zonas del oriente. Por este motivo se implementa plan de eliminación por parte de la SSM de Neiva y la ESE CEO participara en este proceso que iniciaría en el 2022.

SITUACION A NIVEL DE ESE CARMEN EMILIA OSPINA SEMANA EPIDEMIOLOGICA SARVS COV2 2021

NOTIFICACION COVID 19- 2021



Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2021

A corte de la semana 52 se ha notificado al sistema de vigilancia en salud pública un total de 23.083 eventos para covid, de los cuales se reportaron como positivos 6.144 y en 2020 fue de 3.466 casos. Se han certificado 41 fallecimientos por esta causa. .

Neiva representa más del 61% de los casos reportados por el Departamento del Huila, con un porcentaje de letalidad del 3%, recuperados 96%, y positividad del 4%. El 50% de los casos se presentó en mujeres. El promedio de ocupación de camas UCI en la ciudad cerró el 2021 en un 66 %.

Desde diciembre de 2019 hasta el 30 de noviembre de 2021, más de 5,5 millones de secuencias genómicas completas del SARS-CoV-2 se han compartido en todo el mundo, a través de la plataforma GISAID y se han identificado 5 variantes de preocupación (VOC, por sus siglas en inglés) Alfa, Beta, Gamma, Delta y más recientemente la VOC Ómicron. Esta última variante tiene un alto nivel de variación y ha llevado a preocupaciones con respecto a la transmisibilidad, la evasión del sistema inmunológico y la reducción de la eficacia de los diagnósticos, vacunas y terapias disponibles actualmente. El comportamiento de Ómicron en Colombia inició el 12 de diciembre con su circulación. Muestras (+) en 3 departamentos y Bogotá. Ómicron 23% frente a 77% Delta. Dada alta transmisión al igual que otros países será dominante en el país. A corte de 7 enero 2022 y de acuerdo a los estudios genómicos del Instituto Nacional de Salud (INS) hay circulación muy alta de la variante Ómicron, la cual puede explicar cerca del 70 % de los casos de covid reportados en los últimos días.

La ESE Carmen Emilia Ospina en su proceso de adaptación y operativización de servicios en la pandemia por Covid-19, ha definido como estrategias prioritarias para la vigilancia en salud pública de SARS COV2, la implementación de todas las orientaciones y medidas propuestas desde el nivel nacional, regional y local.

Dentro de las estrategias que se está implementado, es la ***notificación de eventos a partir de la consulta o atención espontánea de las personas en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud de la ESE Carmen Emilia Ospina***, en las cuales se dispuso de áreas respiratorias específicas, para la atención de urgencias y hospitalización para pacientes con posible covid-19.

Seguimiento al desarrollo y evolución de la pandemia por sars cov2

El análisis de la evolución de la enfermedad y su desarrollo a nivel local, nacional y mundial, ha permitido orientar la toma de decisiones frente a los cambios epidemiológicos de la misma, planificando de forma oportuna las zonas de expansión, ante un aumento de casos que requieran hospitalización, la adquisición de EPP según lineamientos vigentes, implementación de esquemas de control al ingreso de la entidad, así como la implementación de acciones ante posibles brotes en el personal de salud.

Pruebas de antígeno y PCR

TIPO PRUEBA	ACUMULADADAS
PCR	7.565
ANTIGENO	11.444

Fuente: ATHENEA. 2021

Desde el laboratorio clínico se garantiza la distribución de insumos requeridos para la toma de muestras de hisopados, a los servicios de urgencias de la entidad y el transporte de las muestras a la Secretaria de Salud. se han tomado un total de 19.069 pruebas, con una positividad de 4% en el 2020 se cerró con positividad del 34%.

MORBILIDAD

MORBILIDAD POR EL SERVICIO DE URGENCIAS IV TRIMESTRE 2021

MORBILIDAD POR EL SERVICIO DE URGENCIAS IV TRIMESTRE 2021

MORBILIDAD 4TRIMESTRE DE 2021, SERVICIO DE URGENCIAS								
SERVICIO	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	901	251	104	686	350	293	26	2.611
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	732	356	136	728	331	227	18	2.528
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	520	219	64	459	190	164	7	1.623
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO E	354	129	69	541	286	170	16	1.565
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	80	53	47	404	234	406	105	1.329
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	104	81	58	371	171	235	21	1.041
CEFALEA	7	25	44	350	201	228	16	871
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2		7	178	176	324	25	712
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	35	44	9	137	95	321	33	674
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	176	79	33	216	96	50	3	653
total 10 primeras causas	2.911	1.237	571	4.070	2.130	2.418	270	13.607
%	21%	9%	4%	30%	16%	18%	2%	100%

Fuente: Sistemas de informacion Índigo RIPS IV trimestre 2021

Para el servicio de Urgencias el total de atenciones de las diez causas principales para el IV trimestre de 2021 fue de 13.607. La primera causa de morbilidad atendida correspondió a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (19%), seguido por infección viral no específica (19%). Para los grupos de edad de primera infancia adolescencia y juventud registro el mayor número de causas 21% y 30% respectivamente.

MORBILIDAD POR EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA IV TRIMESTRE 2021

TRIMESTRE CONSULTA EXTERNA 2021

MORBILIDAD 4TRIMESTRE DE 2021, SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA									
SERVICIO	MENOR 1	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	2	1	1	1	26	309	4.720	860	5.920
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN					13	98	940	56	1.107
LUMBAGO NO ESPECIFICADO			3	14	102	154	349	22	644
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN			1		12	57	484	37	591
COVID-19 (virus no identificado)		121	39	22	116	77	137	37	549
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		15	15	10	98	104	255	32	529
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN		89	88	66	96	39	82	6	466
CEFALEA		13	31	33	130	104	146	5	462
VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA		1	1	18	185	122	83	2	412
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		26	34	25	84	76	131	21	397
total 10 primeras causas	2	266	213	189	862	1.140	7.327	1.078	11.077
%	0,02%	2%	2%	2%	8%	10%	66%	10%	100%

Fuente: Sistemas de información Indigo RIPS IV trimestre 2021

Para el cuarto trimestre de 2021 la principal causa de morbilidad atendida, identificada en los usuarios, para el servicio de Consulta Externa fue por Hipertensión Primaria con el 53 % del total de las primeras 10 primeras atenciones por esta causa en este último trimestre. En segundo lugar, se encuentra la diabetes, que generó el 10% del total de atenciones con 1.107 casos. El grupo poblacional de 46 a 80 años representa el 66% del total de causas.

MORBILIDAD POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA IVTRIMESTRE 2021

IV TRIMESTRE ODONTOLOGIA 2021

MORBILIDAD 4TRIMESTRE DE 2021, CONSULTA DE ODONTOLOGIA								
SERVICIO	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general
CARIES DE LA DENTINA	398	643	436	1.365	1.022	1.268	21	5.153
GINGIVITIS CRÓNICA	93	149	263	731	449	548	9	2.242
PULPITIS	8	31	41	169	177	228	3	657
RAIZ DENTAL RETENIDA	20	75	24	86	102	225	11	543
NECROSIS DE LA PULPA	3	6	23	117	169	217		535
FRACTURA DE LOS DIENTES	7	23	22	70	115	217	1	455
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	50	43	14	86	97	110	3	403
ABRASIÓN DE LOS DIENTES				15	86	271	7	379
GINGIVITIS AGUDA	20	29	32	68	50	85	1	285
PERIODONTITIS CRÓNICA			1	9	32	177	12	231
total 10 primeras causas	599	999	856	2.716	2.299	3.346	68	10.883
%	6%	9%	8%	25%	21%	31%	1%	100%

Fuente: Sistemas de información Indigo RIPS IV trimestre 2021

15.377 causas diagnósticas registradas por el servicio de odontología, dentro de las diez primeras se encuentra la caries dentina con un 40% con impacto en los cursos de vida de juventud, adultez y vejez al igual que la gingivitis crónica 17%.

Para este trimestre las principales causas de morbilidad son las mismas que los años anteriores, la caries dentina es la principal causa por la que consultan los usuarios afectando desde el primer año de vida.

La primer causa de consulta es la caries dentina sigue ocupando el primer lugar. No se observa variación con respecto al 2019 y 2020.

MORBILIDAD POR EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION IV TRIMESTRE 2021

IV TRIMESTRE HOSPITALIZACION 2021

MORBILIDAD 4TRIMESTRE DE 2021, SERVICIO DE HOSPITALIZACION								
SERVICIO	1 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 30	31 a 45	46 a 80	mayor 80	Total general
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	37	33	27	183	78	132	11	501
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	139	38	12	75	26	37	11	338
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	123	41	11	20	12	29	19	255
DEPLECION DEL VOLUMEN	84	23	8	32	21	38	10	216
NAUSEA Y VOMITO	116	29	8	12	6	11		182
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR		7	4	54	45	63	7	180
DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	1	10	20	79	33	28	5	176
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	3	12	3	23	23	79	15	158
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	45	11	3	7	5	30	13	114
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	6	6	2	24	17	38	17	110
total 10 primeras causas	554	210	98	509	266	485	108	2.230
%	25%	9%	4%	23%	12%	22%	5%	100%

Fuente: Sistemas de informacion Indigo RIPS IV trimestre 2021

La morbilidad general atendida por el servicio de Hospitalización la primera causa diagnostica según el cie10, corresponde a dolor abdominal no específico (22%) un 16% adicional corresponde a dolores abdominales localizados en la parte superior o inferior. Las Infecciones de diarrea y gastroenteritis generaron 338 atenciones con el 15% la población que consulto principalmente por esta causa es primera infancia. Los grupos de primera infancia (1-5), adolescencia y juventud (16-30), adultez y vejez (46-80) representan el mayor número de atenciones entre un 22% y 25%.

*ESTADISTICAS VITALES

Las estadísticas vitales recopilan la información de los nacimientos y defunciones ocurridos en la institución a través del diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y de defunción por parte de los médicos de los diferentes servicios y sedes de la ESE Carmen Emilia Ospina, en el aplicativo RUAF-ND.

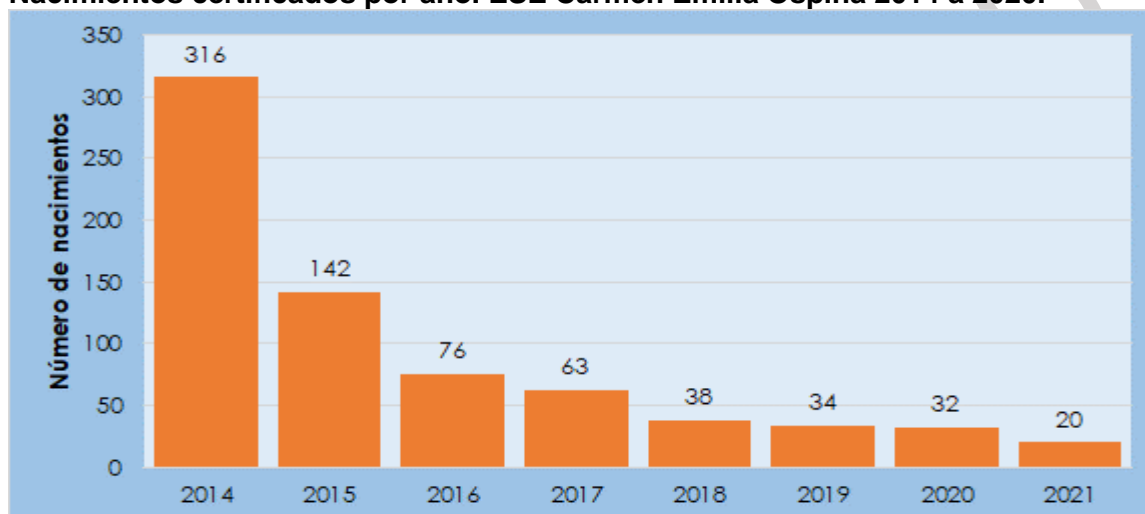
Se presenta el comportamiento de los hechos vitales desde el año 2014 a 2021 y una breve descripción del año 2020 y posteriormente se presenta el comportamiento de la oportunidad en el diligenciamiento al aplicativo.

NACIMIENTOS

Número de Nacimientos por año 2014 a 2021

En el comportamiento de la certificación de nacimientos institucionales se evidencia un descenso notable del año 2014 a la fecha. Desde los años 2018 a 2021 se viene certificando aproximadamente el 10% de las certificaciones realizadas en el año 2014. Este comportamiento está directamente relacionado con la contratación del servicio con las diferentes aseguradoras del municipio.

Nacimientos certificados por año. ESE Carmen Emilia Ospina 2014 a 2020.

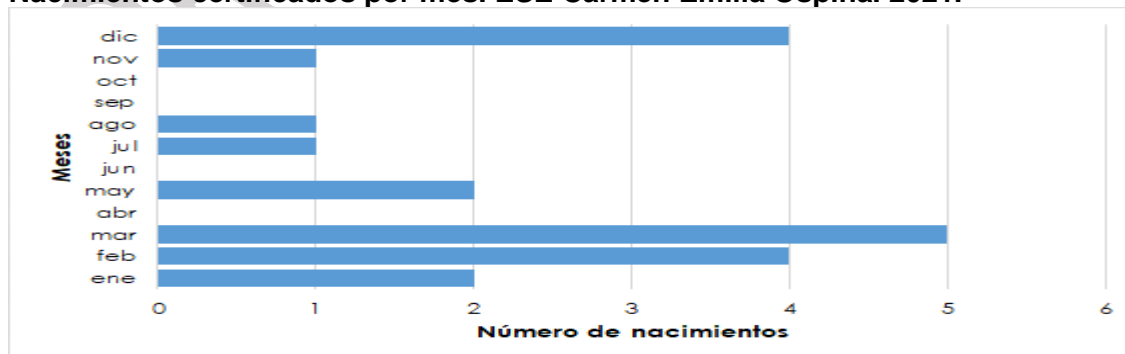


Fuente: Datos tomados de RUAF ESE CEO

Nacimientos por mes del año 2020

El comportamiento del número de nacimientos certificados en la institución disminuyó con respecto a la tendencia en los últimos 3 años previos, en promedio 1,5 partos al mes. Con máximo de 5 y mínimo de 0 partos atendido en la institución por mes. En los meses de abril, junio, septiembre y octubre no se atendieron partos en la institución como se evidencia en la figura.

Nacimientos certificados por mes. ESE Carmen Emilia Ospina. 2021.



Fuente: Datos tomados de RUAF ESE CEO

Sitio de Nacimiento

Con relación al sitio de nacimiento, se atendieron 15 nacimientos institucionales y se certificaron adicionalmente 5 nacimientos no institucionales. El porcentaje de parto institucional fue del 75%. En la sede Granjas, donde se tiene habilitado el servicio de atención de partos, se atendieron 11 nacimientos, seguido de Palmas donde se atendieron 2 y en Vegalarga y Canaima 1 nacimiento. En IPC, se certificó un nacimiento atendido en otro sitio.

Nacimientos según centro de salud de atención/certificación y sitio de nacimiento. ESE Carmen Emilia Ospina. 2021.

Sede	Institución de salud		El domicilio		Otro sitio		Total	
	n	%		%	n	%	n	%
Granjas (Norte)	11	55,0	1	5,0	1	5,0	13	65,0
Palmas (Oriente)	2	10,0	2	10,0	0	0,0	4	20,0
Vegalarga (Oriente)	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
IPC (Sur)	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	5,0
Canaima (Sur)	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
Total general	15	75,0	3	15,0	2	10,0	20	100,0

Fuente: Datos tomados de RUAF ESE CEO

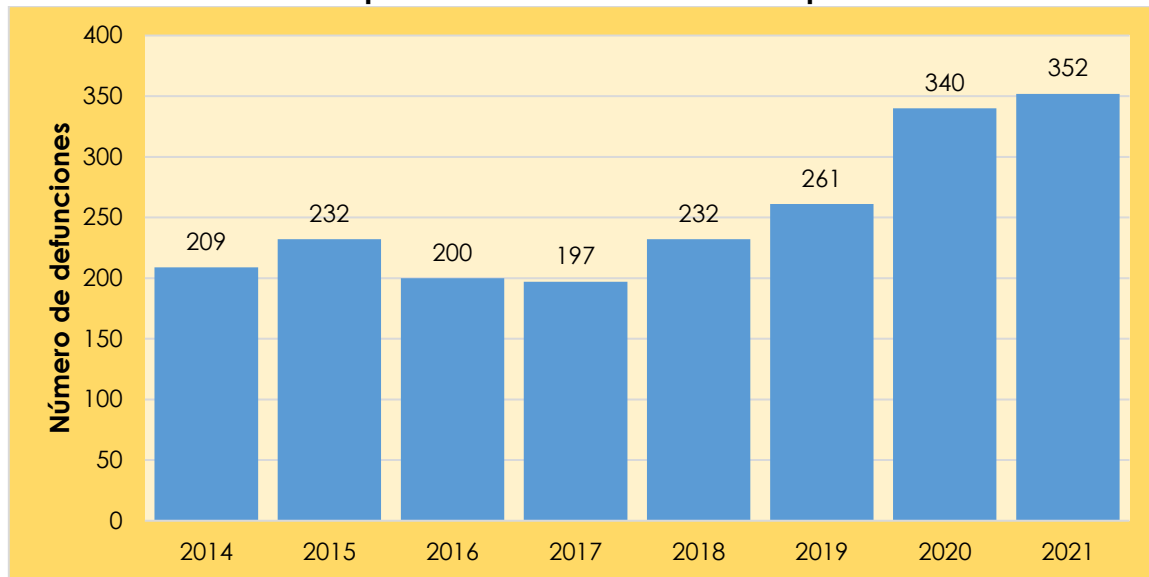
Oportunidad de ingreso al RUAF en Nacimientos

Para el año 2021 se implementó la obligatoriedad de diligenciar los certificados de hechos vitales inmediatamente se presenta, dado que el mismo certificado que se diligencia es el que se entrega a la familia, en consecuencia, la oportunidad se vió afectada de manera positiva, dado que la totalidad de los certificados institucionales se generaron el mismo día de expedición, con excepción de un nacimiento que se presentó en la zona rural y fue certificado 4 días después en el centro de salud de Palmas.

DEFUNCIONES

Número de defunciones por año 2014 a 2020

Defunciones certificadas por año. ESE Carmen Emilia Ospina 2014 a 2021.



Fuente: Datos tomados de RUAF ESE CEO

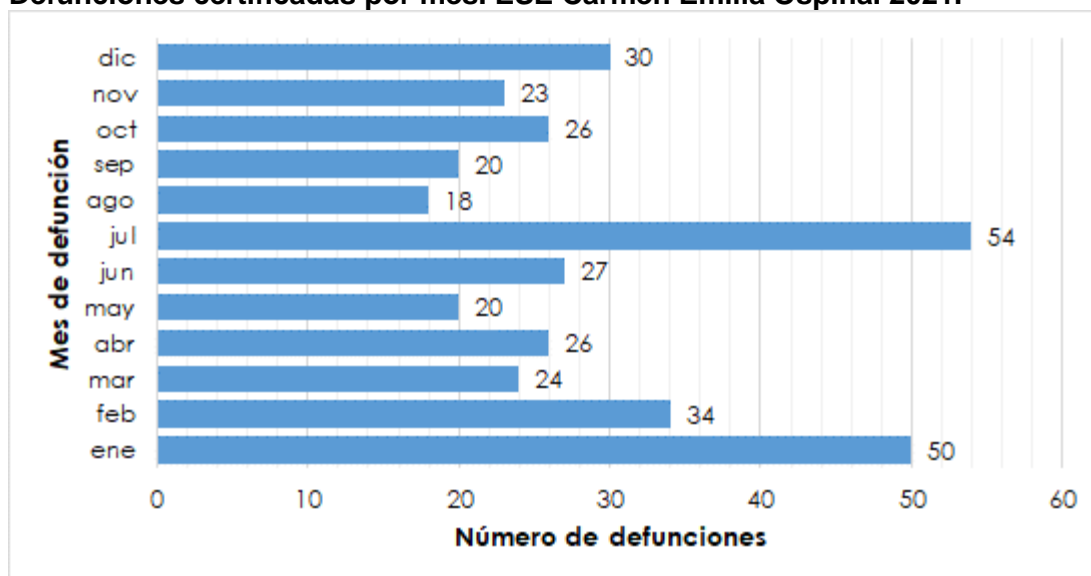
El comportamiento de la certificación de defunciones durante la serie observada de 2014 a 2021 con una tendencia ascendente, evidencian un aumento importante para el año 2020, con una diferencia de 80 muertes respecto al año 2019, es decir un incremento del 30%, muy probablemente relacionada con la influencia de la pandemia COVID-19, y entre el año 2020 y 2021, un aumento del 3,5% con un total de 12 defunciones más para este último año.

Defunciones por mes año 2021

En el comportamiento de las defunciones certificadas por la ESE Carmen Emilia Ospina se evidencia que para los meses de enero y julio el número de defunciones aumentó de manera importante con un total de 50 y 54 respectivamente, en el mes de enero, muy relacionado con el pico de COVID-19 presentado a nivel nacional y regional. El mes de agosto se presentó el menor número de muertes con 18.

Del total de defunciones certificados, sólo 1 fue de tipo fetal.

Defunciones certificadas por mes. ESE Carmen Emilia Ospina. 2021.



Fuente: Datos tomados de RUAF ESE CEO

Defunciones por sede

En la sede de Granjas se presentaron el mayor número de certificaciones de defunción con un total de 113, 70 de las cuales se presentaron en el domicilio, seguida de IPC con 94 defunciones certificadas y Palmas con 56. Para toda la ESE CEO, 60,4% de las defunciones ocurrieron en el domicilio, tendencia que siempre se ha observado en los diferentes años.

Defunciones según sitio de defunción por sede. ESE CEO, 2021.

Sede	Casa/ domicilio		Centro/ puesto de salud		Hospital/ clínica		Lugar de trabajo		Otro sitio		Vía pública		Total n	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Granjas	70	19,9	3	0,9	35	9,9	2	0,6	3	0,9		0,0	113	32,1
San Luis	15	4,3	1	0,3		0,0		0,0		0,0	1	0,3	17	4,8
Palmas	24	6,8		0,0	42	11,9		0,0		0,0		0,0	66	18,8
Vegalarga	4	1,1		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	4	1,1
IPC	72	20,5	1	0,3	19	5,4	1	0,3	1	0,3		0,0	94	26,7
Canaima	27	7,7		0,0	31	8,8		0,0		0,0		0,0	58	16,5
Total general	212	60,2	5	1,4	127	36,1	3	0,9	4	1,1	1	0,3	352	100,0

Fuente: Datos tomados de RUAF ESE CEO

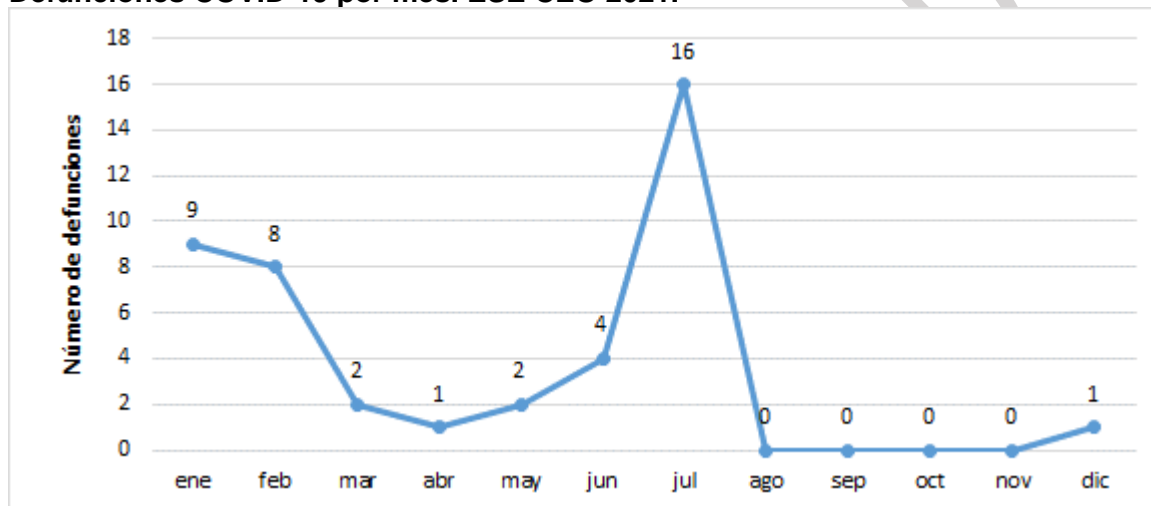
Oportunidad de ingreso al RUAF en Defunciones

La totalidad de los certificados de defunción fueron diligenciados el mismo día de ocurrido el hecho vital, con excepción de un certificado de defunción domiciliaria que tuvo una demora de 2 días.

Mortalidad por COVID-19

Durante el año 2021 se certificaron un total de 43 defunciones con causa básica de muerte COVID-19, 25 de las cuales con confirmación por pruebas positivas. Todos los pacientes fallecidos tenían más de 40 años, y 32 de los cuales mayores de 70 años. Un 56% de las defunciones se presentaron en mujeres (24 defunciones).

Defunciones COVID-19 por mes. ESE CEO 2021.



Fuente: RUAF-ND institucional.

PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL

Gestión del conocimiento mediante la implementación del plan de capacitación utilizando tecnologías de información y comunicación.

Durante la vigencia 2021, se elaboró un plan de capacitaciones, en donde se obtuvo un cumplimiento de 94%, se realizaron 33 capacitaciones de 35 que se habían programado, para mejorar el conocimiento y adherencia a las Guías de atención y procesos misionales de la institución, en el personal asistencial y administrativo.

Relación de personal capacitado durante el año 2021.

Cargo de personal capacitado	No.	%
Médicos	530	56,2%
Auxiliares de enfermería	141	15,0%
Enfermeros	200	21,2%
Personal de APH	2	0,2%
Estudiantes de medicina	1	0,1%

Psicólogos	11	1,2%
Personal de farmacia	41	4,3%
Odontólogas	6	0,6%
Otro personal	8	0,8%
Auxiliares de odontología	1	0,1%
Fisioterapeutas	2	0,2%
Total	943	100,0%

Fuente: Coordinación del Plan de Capacitación Institucional.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN



El servicio de hospitalización se encuentra habilitado en el centro de atención de Canaima, con un total de 5 camas pediátricas, y 20 camas adultos, el total de egresos pediátricos fue de 194 usuarios y 972 adultos, el indicador de giro cama fue de 3,5 usuarios pediátricos, y en adulto 5,4, el porcentaje ocupacional fue de 23% de camas pediátricas y en adultos de 48%, el promedio de días de estancia egreso fue de 2,2 días, y en adultos de 3 días, y el promedio mensual de hospitalización pediátrica fue de 16 usuarios, y de hospitalización adulto de 81 usuarios.



Tasa de mortalidad general: 0%
Tasa de infección hospitalaria: 0%
Reingreso en el servicio de hospitalización: 1%

Fuente: Indicadores de calidad. 2021.