

INFORME EJECUTIVO RENDICIÓN DE CUENTAS - VIGENCIA 2018



**ERIKA PAOLA LOSADA CARDOZA
GERENTE**

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL



ANÁLISIS PRESUPUESTAL DE LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE LA EJECUCIÓN DE INGRESOS Y EJECUCIÓN DE GASTOS

FUENTES DEL PRESUPUESTO

Disposiciones Externas:

Constitución Política de Colombia en especial Título XII Régimen Económico y de la Hacienda Pública en especial sus artículos 345 – 346 – 347.

Que el Decreto 111 de 1996 "**ESTATUTO ORGANICO DE PRESUPUESTO**", En su artículo 26 Numeral 4.: Determina como función del **COMFIS**, aprobar y modificar mediante resolución los presupuestos de ingresos y gastos de las Empresas Industriales y comerciales del Estado, las Sociedades de Economía Mixta con el régimen de aquellas dedicadas a actividades no financieras, previa consulta con el Ministerio respectivo."

Que Decreto 115 de 1996, artículo 24, establece que las adiciones, traslados o reducciones que afecten el presupuesto serán aprobados por el Consejo Superior de Política Fiscal "**CONFIS**", o quien este delegue.

Que el Acuerdo Municipal 002 de 2009, artículo 112, que trata sobre: "Del Régimen Presupuestal de las Empresas Industriales y Comerciales y Sociedades de Economía Mixta"; regula su parte presupuestal.

Disposiciones Internas:

Que el Artículo 22 del Acuerdo No.16 de octubre 28 de 2010 de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, en donde se regulan aspectos presupuestales de la Entidad, atendiendo lo establecido en el Acuerdo Municipal No.002 de 2009

Que el presupuesto de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina para la Vigencia fiscal de 2018 fue aprobado mediante Acuerdo No.15 de Diciembre 26 de 2017 por la Junta Directiva de la Entidad y, por el Consejo Municipal de Política Social – **COMFIS**- según consta en Acta N° 042 de diciembre 15 de 2017.

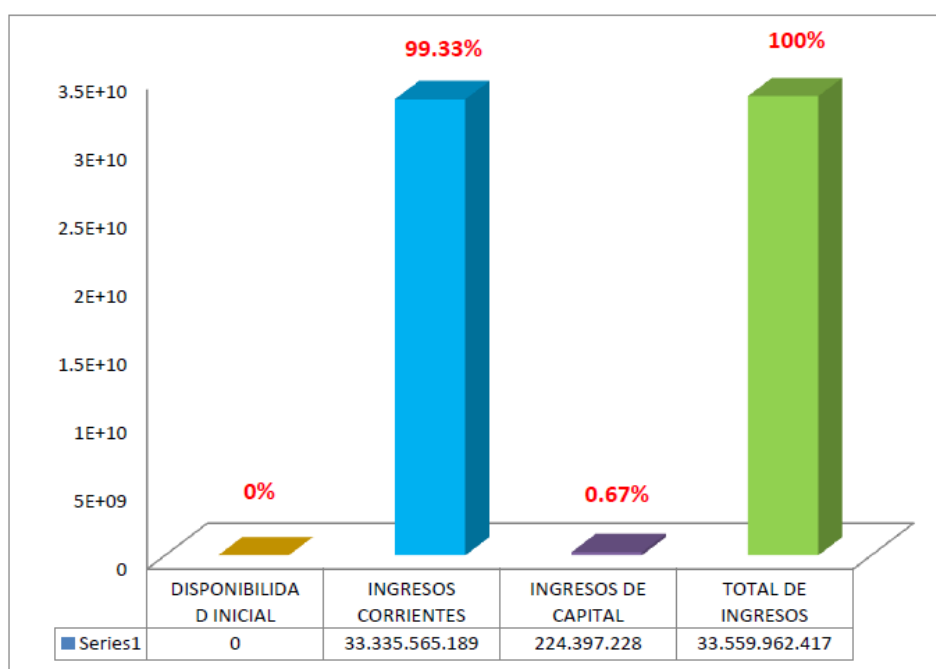
Que mediante Resolución No. 423 de diciembre 28 de 2017, se expide la desagregación del presupuesto para la vigencia fiscal de 2018, en cumplimiento

a lo establecido en el artículo 5 del Acuerdo No.15 de 2017 (Presupuesto 2018), expedidos por la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina en concordancia con el artículo 19 del Decreto 115 de 1996.

Que el Artículo Primero del Acuerdo No.11 de diciembre 11 de 2017, expedido por la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, faculta al Gerente de la Empresa para incorporar mediante Resolución Administrativa al presupuesto de la vigencia fiscal de 2017, previa aprobación del Consejo Municipal de Política Fiscal – COMFIS-, los valores que resulten de la firma de Convenios y/o Contratos.

CONFORMACIÓN DEL PRESUPUESTO INICIAL DE LA VIGENCIA 2018

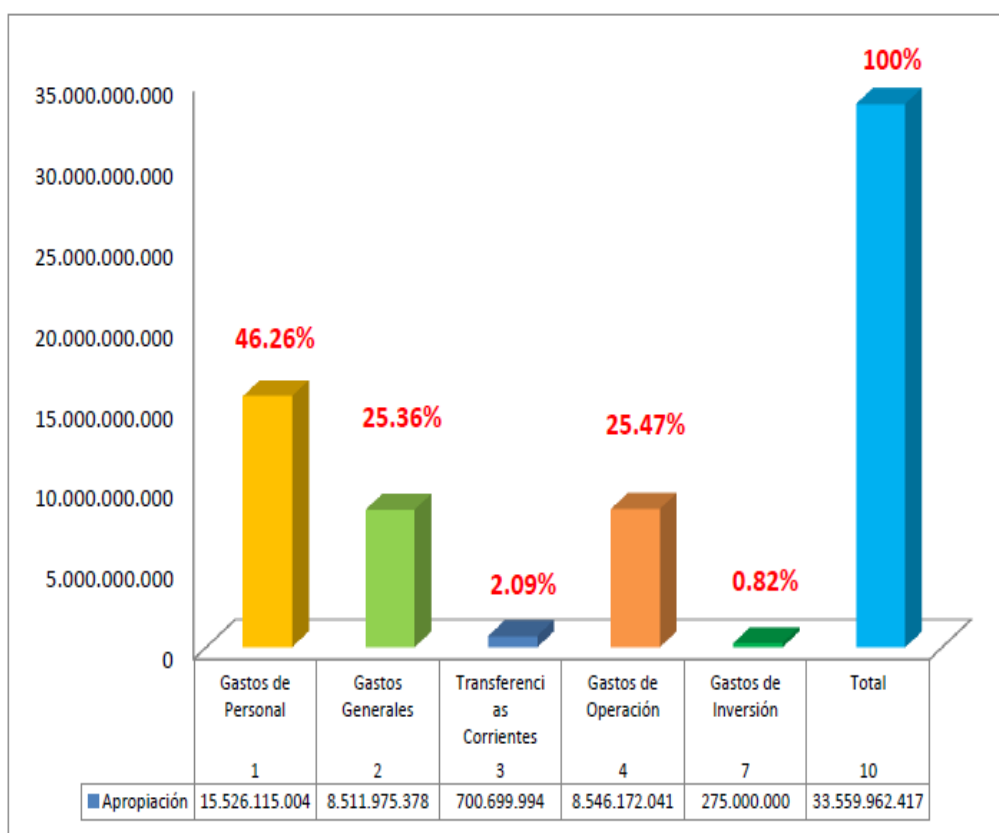
CÓDIGO	INGRESOS CONCEPTO	APROPIADO
0	DISPONIBILIDAD INICIAL	\$0,00
1	INGRESOS CORRIENTES	\$33.335.565.189,00
2	INGRESOS DE CAPITAL	\$224.397.228,00
	TOTAL DE INGRESOS	\$33.559.962.417,00



Como se evidencia en la tabla y la gráfica el presupuesto de ingresos para la vigencia 2018, corresponde a **(\$33.559.962.417,00) TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS**. El cual fue elaborado teniendo en cuenta la población a tender, como también los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros a ejecutar, los cuales le permitirán a la ESE CEO cumplir con el objeto misional logrando así cumplir con las obligaciones adquiridas en la vigencia con Eficiencia, Eficacia y Economía. Como se evidencia

el presupuesto de ingresos corrientes corresponde al **(99.33%)** y los ingresos de capital al **(0.67%)** del total de los ingresos.

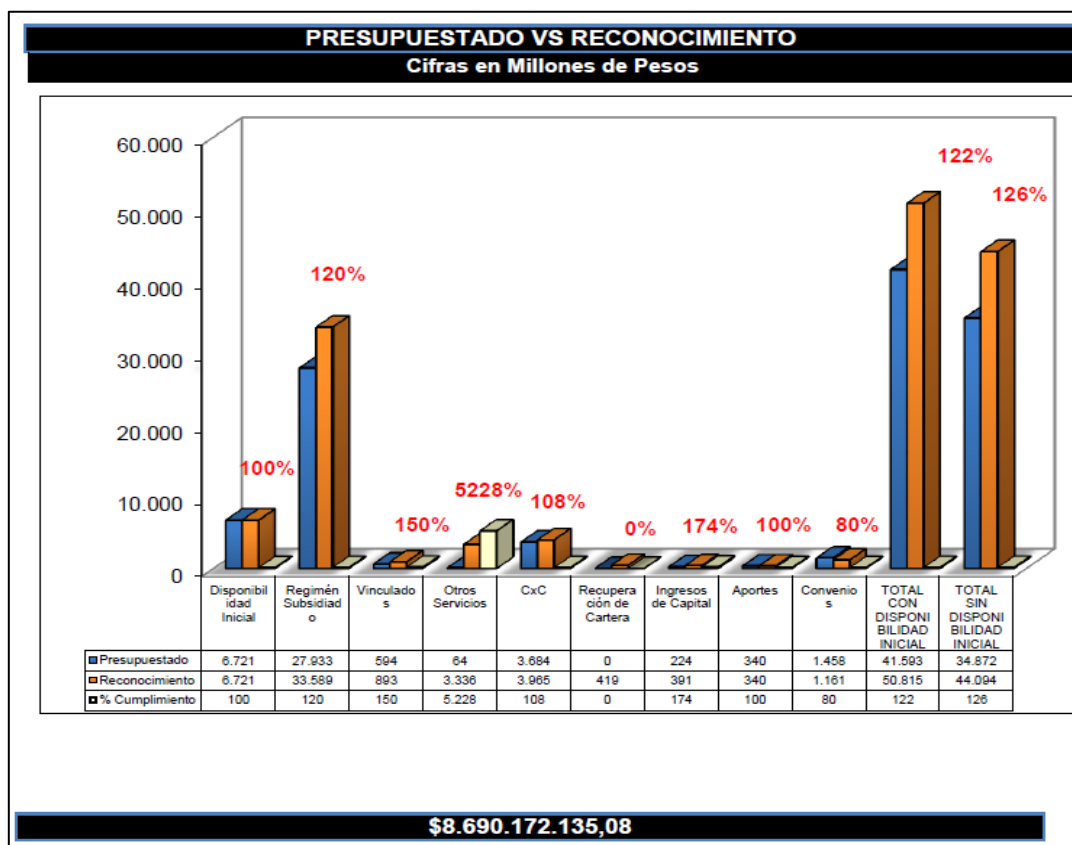
CÓDIGO	GASTOS CONCEPTO	APROPIADO
1	GASTOS DE PERSONAL	\$15.526.115.004,00
2	GASTOS GENERALES	\$8.511.975.378,00
3	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	\$700.699.994,00
4	GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL GRUPO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$8.546.172.041,00
7	GASTOS DE INVERSIÓN	\$275.000.000,00
9	DISPONIBILIDAD FINAL	\$0,00
TOTAL	GASTOS DE INVERSIONES	\$33.559.962.417,00



Como se evidencia en la tabla y la gráfica el presupuesto de gastos para la vigencia 2018, corresponde a **(\$33.559.962.417,00) TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS**. El cual fue elaborado teniendo en cuenta la población a tender, como también los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros a ejecutar, los cuales le permitirán a la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina cumplir con el objeto misional **“SERVIMOS CON EXCELENCIA HUMANA”** se estructuraron los gastos de la siguiente manera **(46.26%)** Gastos de Personal **(25.36%)** Gastos Generales

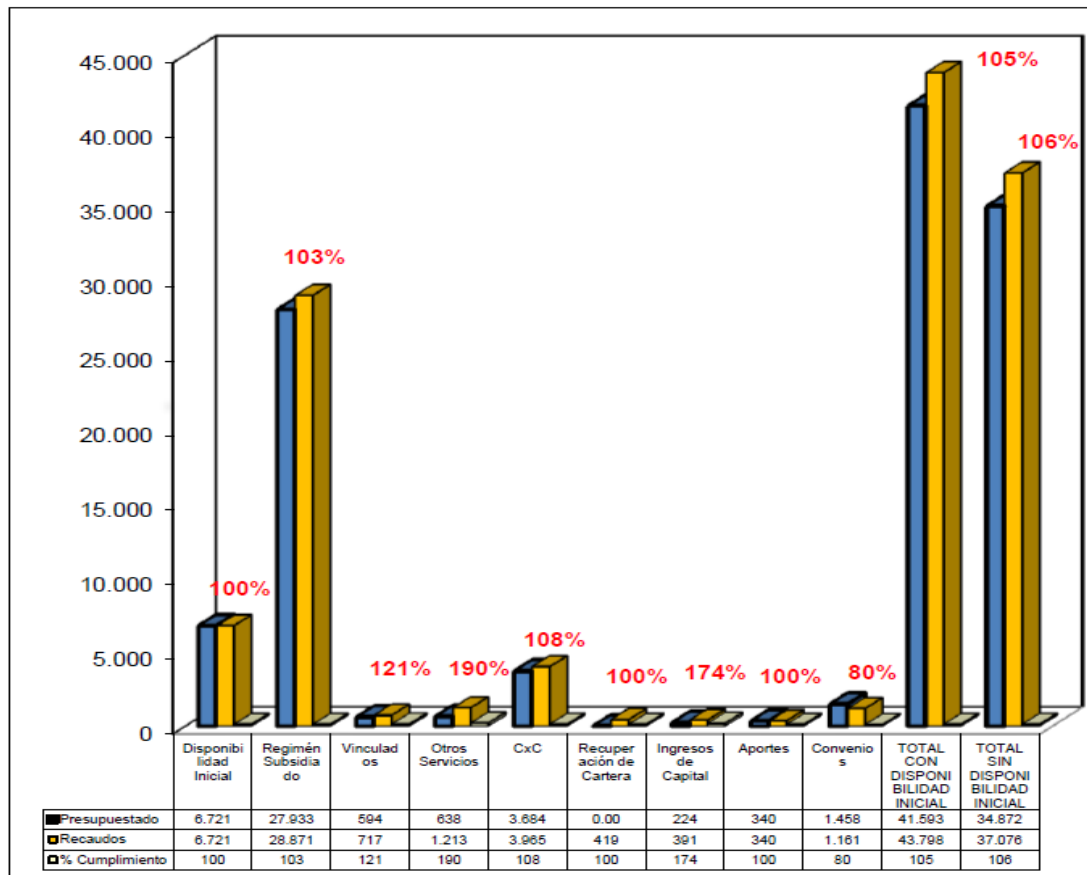
(2.09%) Transferencias Corrientes (25.47%) Gastos de Operación (0.82%) Gastos de Inversión (0.00%) Disponibilidad Final.

CONFORMACIÓN DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2018

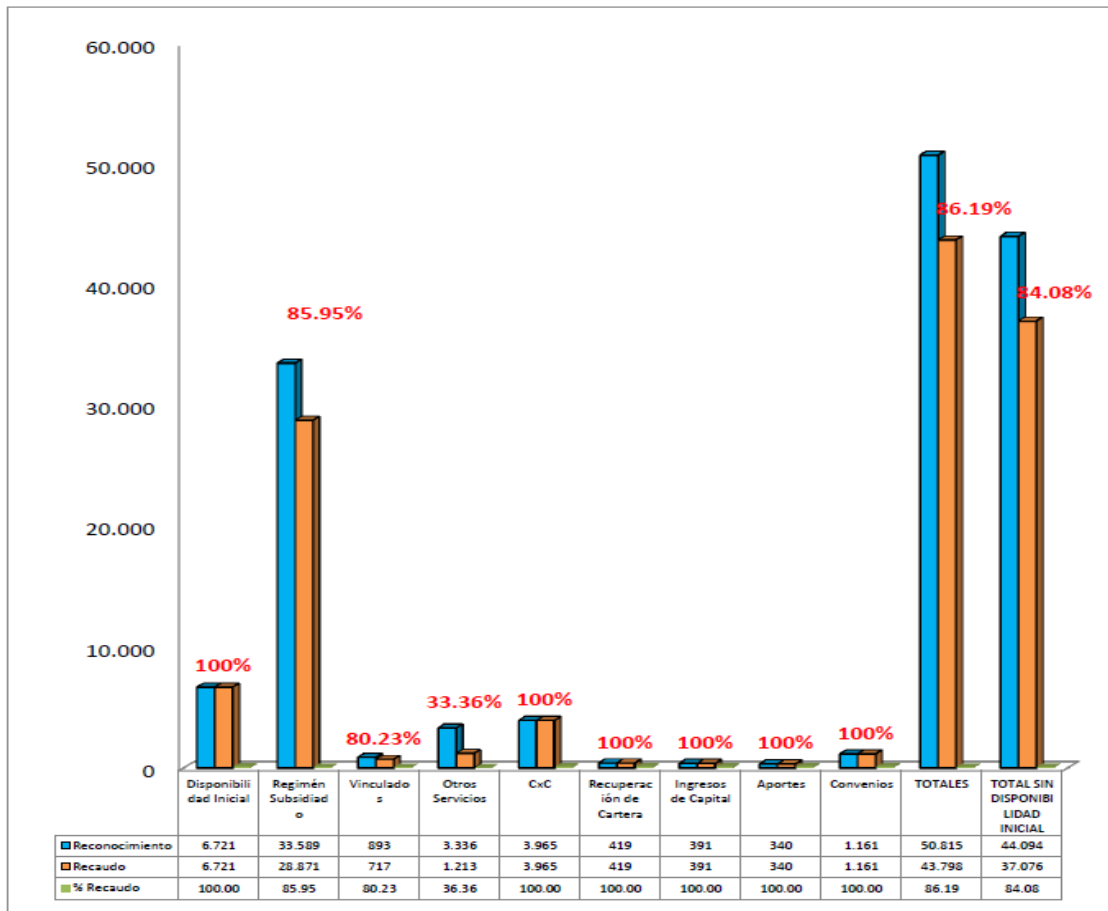


La variación que se presenta al presupuesto de la presente vigencia a junio es por valor de **(\$8.671.172.135,08)** el cual corresponde adición realizada mediante resolución N° 001 del 02 de enero de 2018 por valor **(\$840.988.351,08)** la disponibilidad inicial aprobado mediante acuerdo N° 003 del 14 de julio por valor de **(\$6.721.233.784,00)**, adición realizada mediante resolución N° 258 del 22 de mayo de 2018 por valor **(\$256.437.617,00)**, adición realizada mediante resolución N° 280 del 14 de junio de 2018 por valor **(\$19.000.000,00)**, adición mediante resolución N° 346 del 31 de julio de 2018 por valor **(\$833.512.383,00)** y adición realizada mediante resolución N° 614 del 06 de diciembre de 2018 por valor **(\$19.000.000,00)** La ESE CEO a 31 de Diciembre ha reconocido el **(122%)** con la disponibilidad Inicial y **(126%)** sin la disponibilidad inicial del valor total del presupuesto de ingresos.

PRESUPUESTADO VS RECAUDADO
Cifras en Millones de Pesos

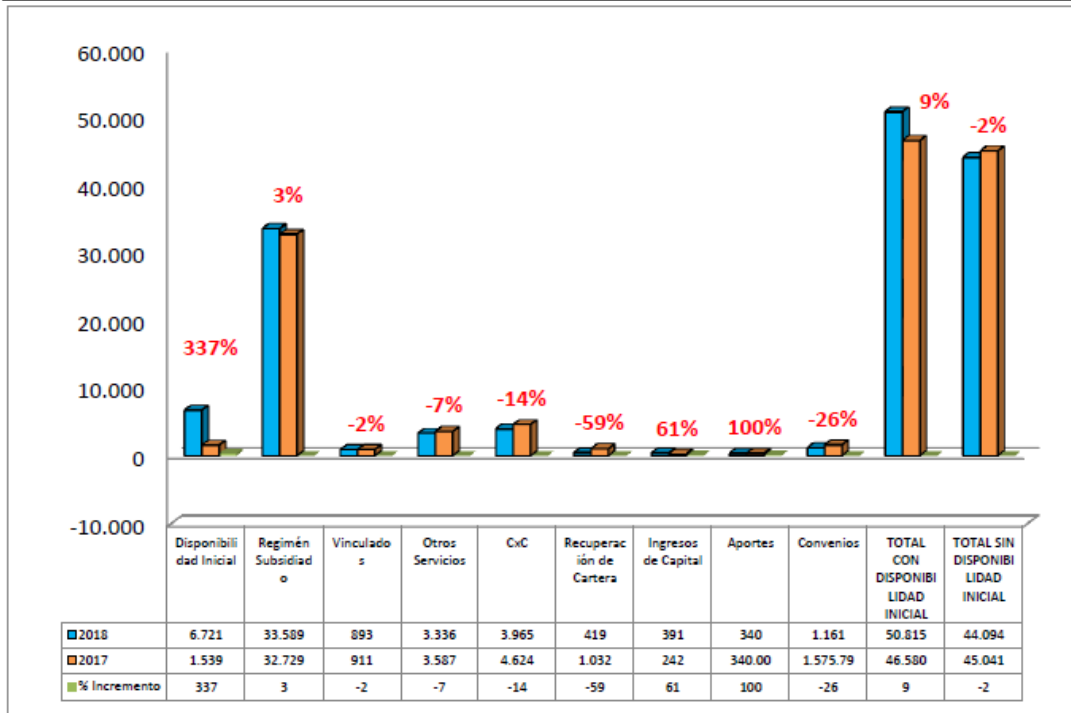


Como se evidencia en la gráfica el comportamiento de los recaudos a 31 de diciembre es el siguiente: **(105%)** con la disponibilidad inicial y **(106%)** con la disponibilidad inicial del valor total presupuestado. Es de aclarar que si hacemos el cálculo correspondiente a la vigencia del décimo segundo mes debemos estar como mínimo en el **(100%)** del recaudo sin la disponibilidad inicial, evidenciando que nos encontramos en el **(106%)**; esto nos quiere decir que estamos cumpliendo con el principio de planeación en la ejecución del presupuesto de ingresos de la Empresas Social del Estado Carmene Emilia Ospina para la vigencia 2018. (L. 38/89, art. 9°, L. 179/94, art. 5°, y artículo 13 del Decreto 111 de 1996).

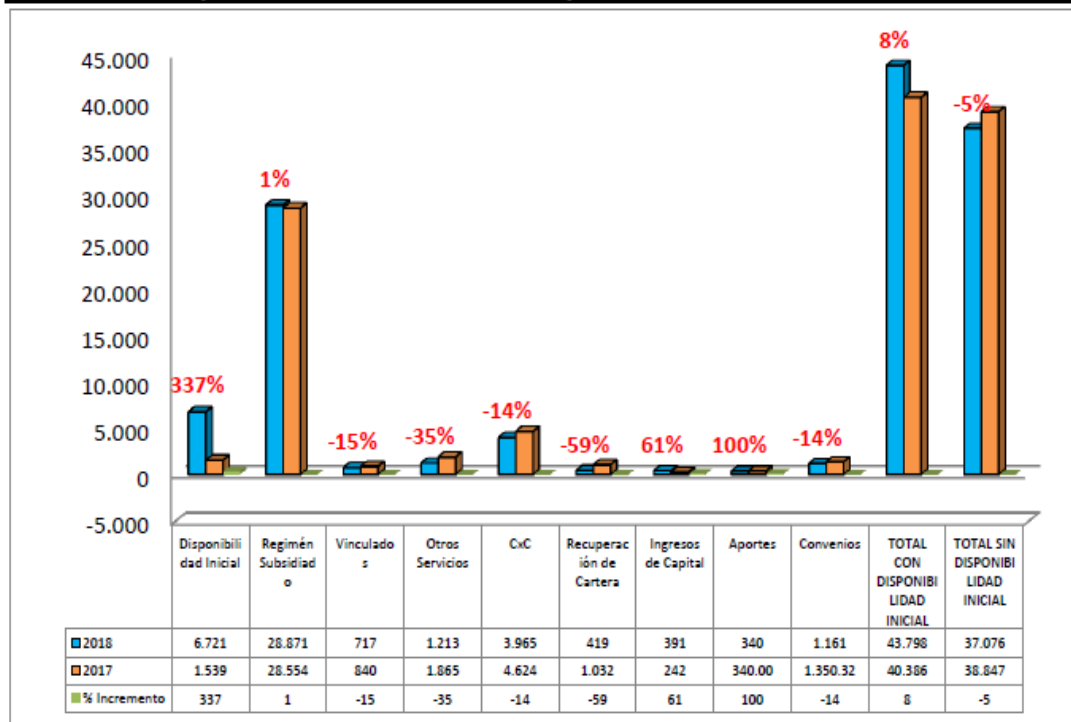


Como se evidencia en la gráfica el 31 de diciembre del presente el reconocimiento fue por valor (**\$50.815**) millones y el recaudo fue de (**\$43.798**) millones con un indicador de eficiencia del recaudo del (**86.19%**) con Disponibilidad Inicial y el reconocimiento fue por valor (**\$44.094**) millones y el recaudo fue de (**\$37.076**) millones con un indicador de eficiencia del recaudo del (**84.08%**) sin Disponibilidad Inicial; en el régimen subsidiado obtuvimos un eficiencia del (**85.95%**) y en otros servicios (**36.36%**) de recaudo.

**RECONOCIMIENTOS COMPARATIVOS DE LAS VIGENCIAS
(31 Diciembre 2017 – 2018) Cifras en Millones de Pesos**



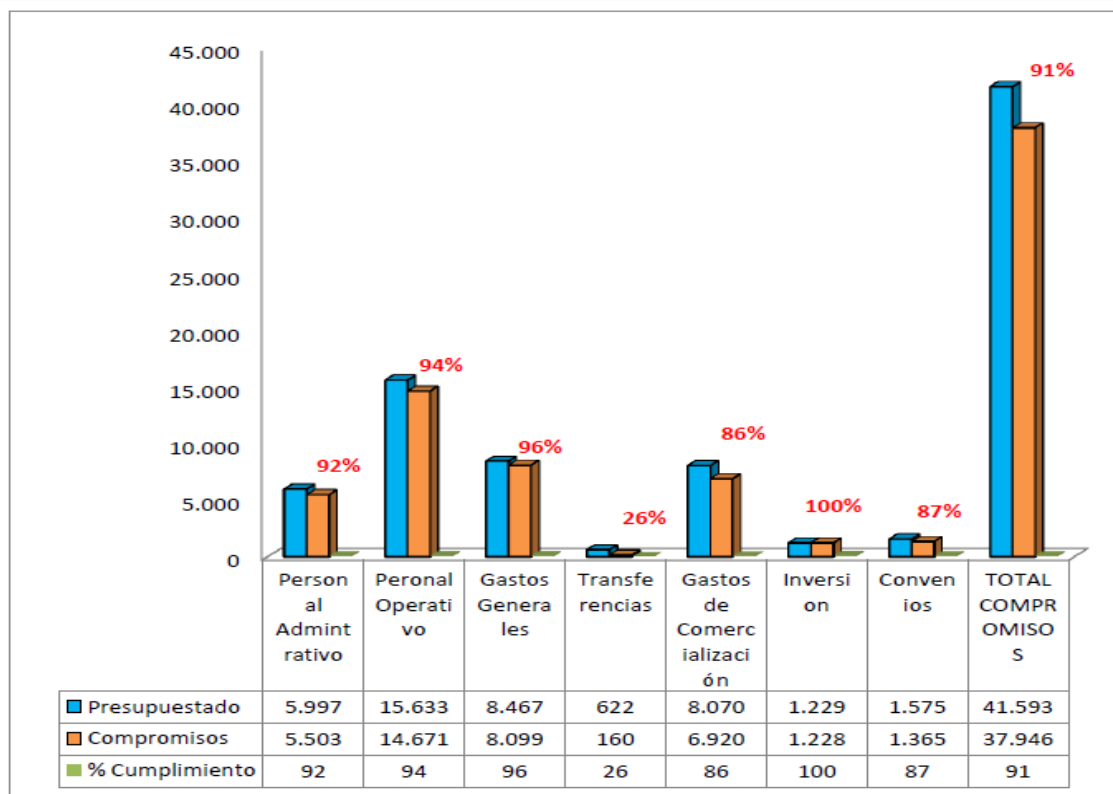
**RECAUDO COMPARATIVOS DE LAS VIGENCIAS
(31 de Diciembre 2017 – 2018) Cifras en Millones de Pesos**



CONFORMACIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2018

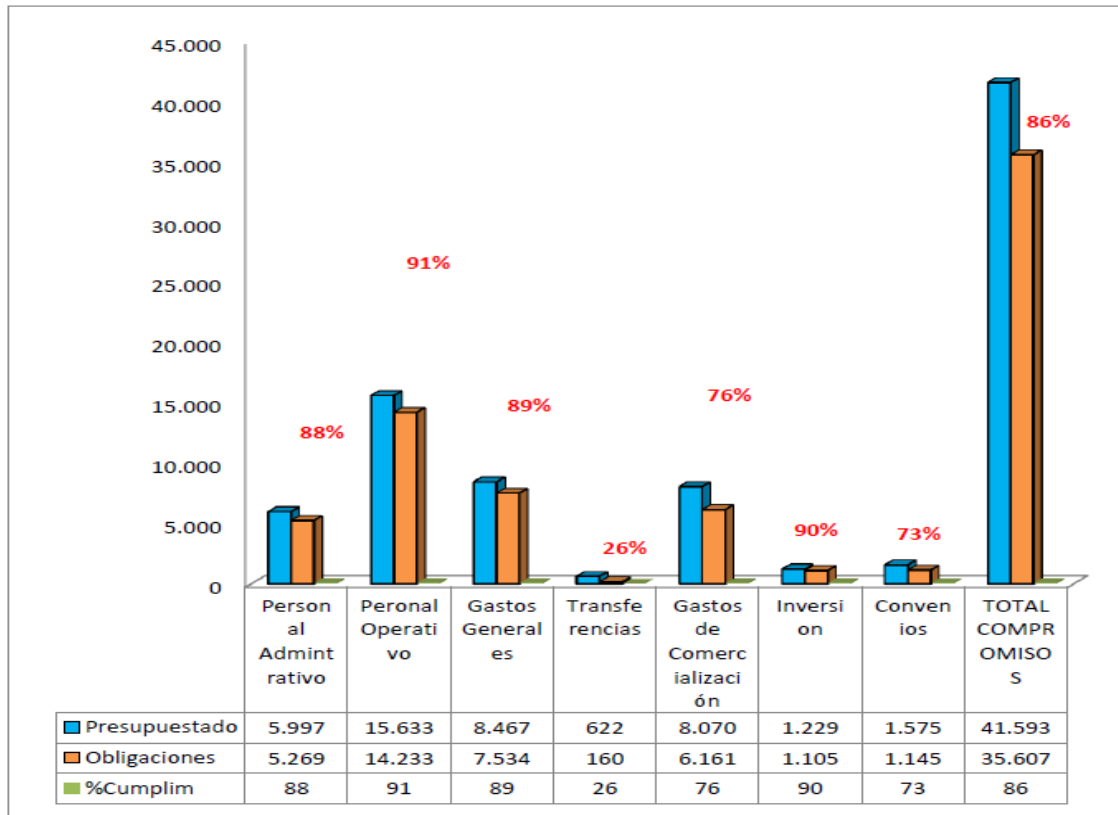
PRESUPUESTADO VS COMPROMISOS

Cifras en Millones de Pesos



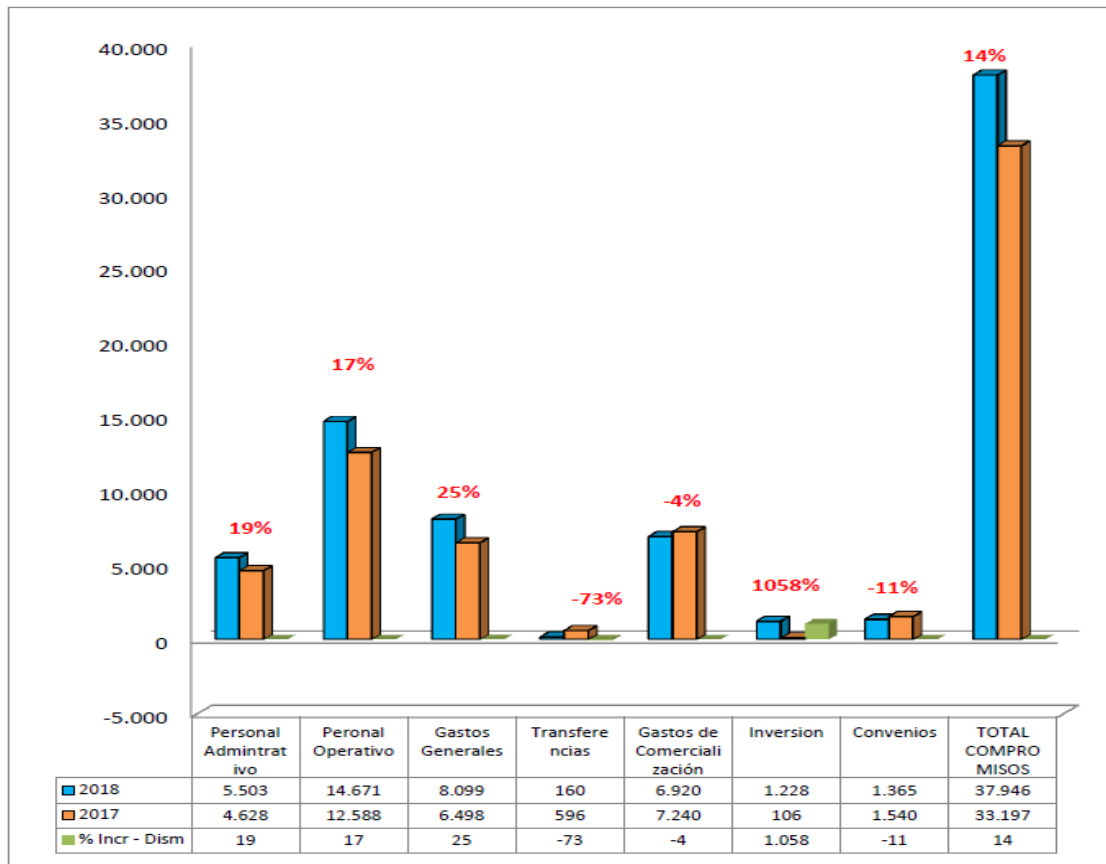
Como se evidencia los compromisos según los presupuestado con corte a 31 de Diciembre es de **(91%)** equivalente a **(\$37.946)**; siendo el personal administrativo **(92%)**, el personal operativo **(94%)**, los gastos generales **(96%)**, transferencias **(26%)**, Gastos de Comercialización **(86%)**, inversión **(100%)** y convenios **(87%)**. Es prudente informar que el total de lo comprometido del personal administrativo y el personal asistencial es hasta el 31 de diciembre del 2018, con el fin de mejorar las condiciones laborales de los contratistas y no coger el área de contratación.

PRESUPUESTADO VS OBLIGACIONES
Cifras en Millones de Pesos



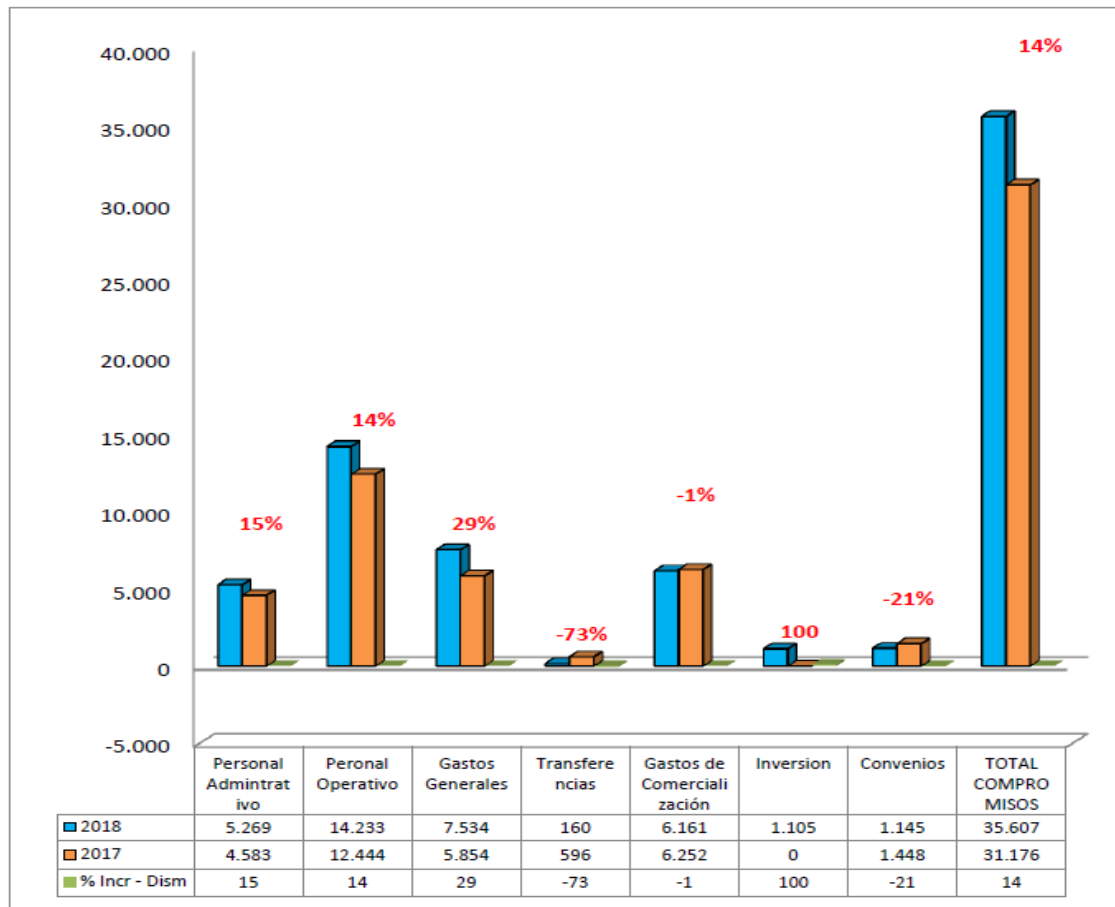
Como se evidencia las obligaciones según los presupuestado con corte a 31 de Diciembre es de **(86%)** equivalente a **(\$35.604)**; siendo el personal administrativo **(88%)**, el personal operativo **(91%)**, los gastos generales **(89%)**, transferencias **(26%)**, Gastos de Comercialización **(76%)**, inversión **(90%)** y convenios **(86%)**. Es prudente informar que el total de las obligaciones a 31 de Diciembre del 2018, se debe que el personal administrativo y asistencial se contrató hasta el diciembre, con el fin de mejorar las condiciones laborales de los contratistas y no coger el área de contratación.

COMPROMISOS COMPARATIVOS A 31 DE DICIEMBRE VIGENCIAS (2017 – 2018)

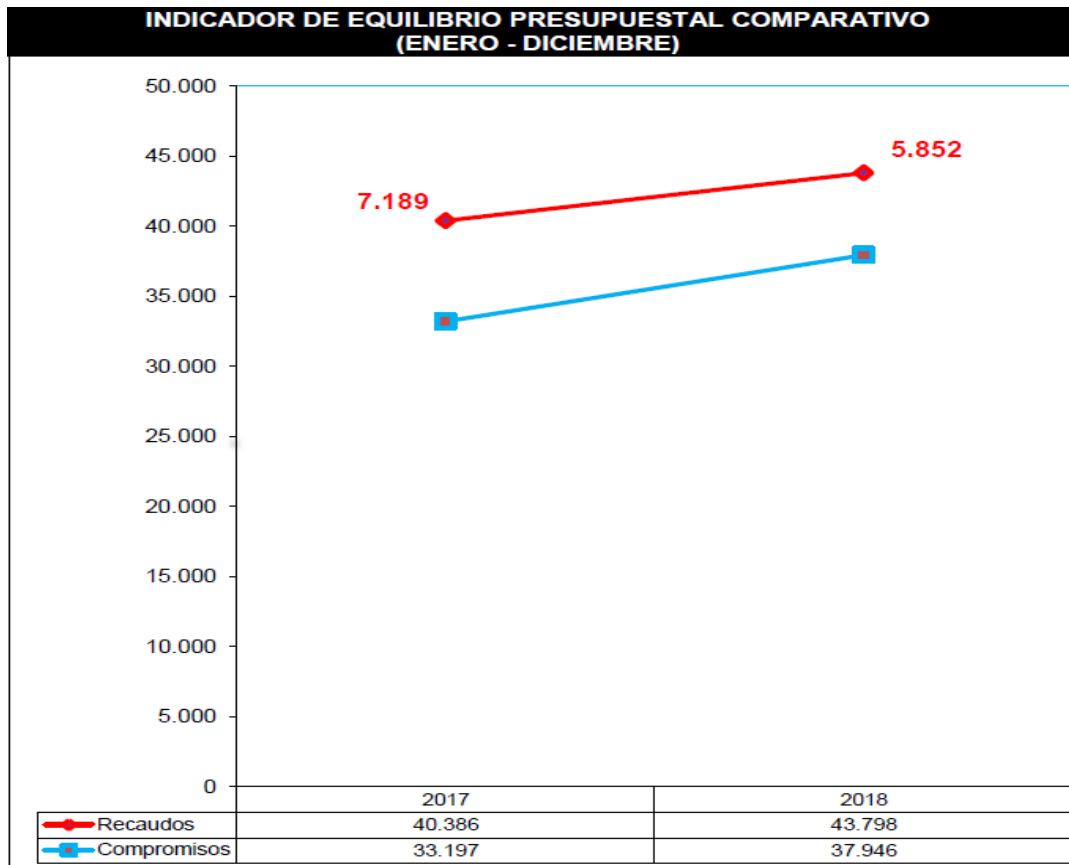


Como se evidencia en la gráfica comparativa los compromisos para la vigencia 2018 se incrementaron en un **(14%)** en comparación a la vigencia 2017, se evidencia que los gastos administrativos se incrementaron un **(19%)** debido que la contratación se prolongó hasta el mes de diciembre del 2018, el personal operativos se incrementó en un **(25%)**, los gastos generales aumentaron **(25%)**, las trasferencias disminuyeron un **(-73%)**, los gastos de comercialización disminuyeron un **(-4%)**, las inversiones aumentaron en un **(1058%)** y los convenios disminuyeron un **(-11%)**.

OBLIGACIONES COMPARATIVOS A 31 DE DICIEMBRE VIGENCIAS (2017 – 2018)



Como se evidencia en la gráfica comparativa las obligaciones para la vigencia 2018 se incrementaron en un **(14%)** en comparación a la vigencia 2017, se evidencia que los gastos administrativos se incrementaron un **(15%)** debido que la contratación se prolongó hasta el mes de diciembre del 2018, el personal operativos aumento en un **(14%)**, los gastos generales aumentaron **(29%)**, las transferencias disminuyeron un **(-73%)**, los gastos de comercialización disminuyeron un **(-1%)**, las inversiones aumentaron en un **(100%)** y los convenios disminuyeron un **(-21%)**.



Como se evidencia en el **DÉCIMO SEGUNDO** mes la Empresa Social del Estado se encuentra **SIN RIESGO**, como sucedió en la vigencia del 2017, debido que para la vigencia 2018 los compromisos (**\$37.946**) Millones son inferiores al recado del mismo periodo por valor del (**\$43.798**) Millones, tal como lo muestra en la gráfica.

ESTADOS FINANCIEROS



E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA

Servimos con Excelencia Humana



NIT. 813.005.265-7

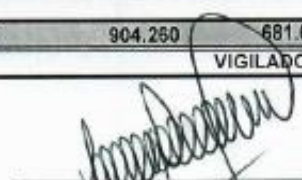
ESTADO DEL RESULTADO INTEGRAL INDIVIDUAL
 Periodos Contables Terminados del 31/12/2018 a 31/12/2017
 (Cifras en Miles de Pesos)





Fecha Final	NOTAS	31/12/2018	31/12/2017	Variación 2018-2017	%
Ingresos por Prestacion de Servicios	(12)	38.102.658	36.327.535	1.775.123	4,89
Costo por Prestacion de Servicios	(16)	27.648.331	25.858.758	1.789.573	6,92
Utilidad Bruta		10.454.327	10.468.777	-14.450	-0,14
Gastos de Administracion y Operación	(13)	8.263.455	7.311.915	951.540	13,01
Otros Gastos Operacionales	(13)	1.933.757	5.225.757	-3.291.999	-63,00
Utilidad Operacional		257.115	(2.068.895)	2.326.009	-112,43
Ingresos Financieros	(15)	391.127	242.459	148.667	61,32
Gastos Financieros	(14)	6.024	847	5.176	610,90
Otros Ingresos y Gastos No Operacionales	(14) (15)	943.698	2.731.543	-1.787.845	-65,45
Resultado del Periodo Antes de Impuestos		1.585.915	904.250	681.656	75,38
Gastos por Impuestos a las Ganancias		0,00	0,00	0	0,00
Resultado del Periodo		1.585.915	904.250	681.656	75,38
Ganancias en Inversiones de Administracion de Liquidez a valor Razonable con Cambios en el otro Resultado Integral.		0,00	0,00	0,00	0,00
Total otro resultado integral que se reclasificara a resultado en periodos posteriores.		0,00	0,00	0,00	0,00
Resultado Integral del Periodo		1.585.915	904.250	681.656	75,38

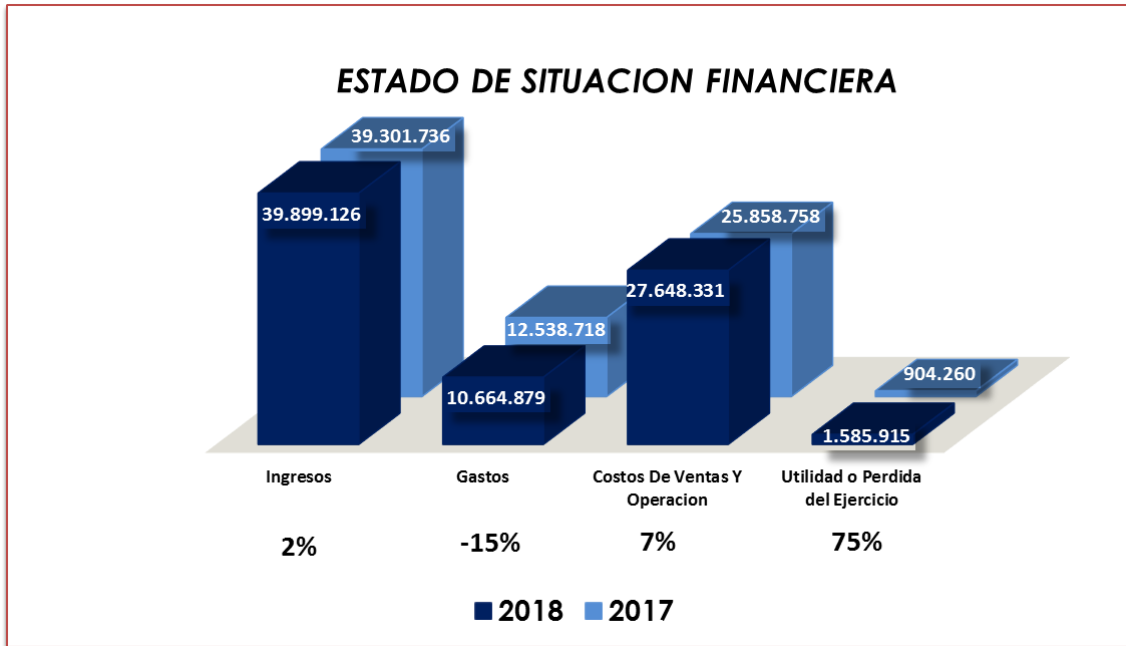
VIGILADO SUPERSALUD


 Erika Paola Losada Cardoza
 Gerente


 Martha Digna Rodriguez Garcia
 Contador Publico T.P. 200363 -T


 Luz Angela Narvaez Cerquera
 Subgerente


 Rodrigo Antonio Urtea Beltran
 Revisor Fiscal T.P. 33814 -T





GASTOS: Los gastos disminuyeron un 15% debido a que en la vigencia anterior se deterioró la totalidad de la cartera correspondiente a las entidades en liquidación (CAPRECOM y SALUCOOP) y las provisiones de los litigios que se hallaban en estado de riesgo alto han disminuido por los lineamientos dados por el comité de conciliación y defensa judicial y las capacitaciones brindadas a la parte asistencial para mitigar el riesgo

COSTOS: Las Variación anual del costo de la ESE Carmen Emilia Ospina durante el periodo 2017-2018, fue del 7%. Dicha variación se debió a las siguientes causas.

1. Índice de incremento inflacionario 2017, el cual fue Según el DANE del 4,09%, lo cual impactó los precios de compra de bienes y servicios sujetos a este indicador, como por ejemplo los servicios públicos.
2. Incremento anual en el valor de las contrataciones con los distintos proveedores (Aseo, vigilancia, medicamentos, lavado y planchado de ropa hospitalaria, redes, etc.), los cuales por su dinámica de mercado fueron superiores al índice inflacionario y oscilaron entre el 6% y el 10%.
3. Incremento del 7% promedio en los salarios del personal contratista asistencial y administrativo.
4. Incremento del salario del personal de Planta, el cual fue del 8% para la vigencia 2.018.
5. Dinámica normal del comportamiento comercial de la ESE, donde los costos variables (suministros, medicamentos, servicios públicos, etc.) fluctúan de acuerdo a la producción, la cual a su vez está ligada la demanda de los servicios por parte de los usuarios y al tipo de contratación celebrada con las EPS.

UTILIDAD DEL EJERCICIO: Los estados financieros con corte a 31 de diciembre del 2018, presentan una utilidad del ejercicio de \$1.585 millones de pesos como resultado de la generación de \$39.899 millones de ingresos y la deducción de costos de 27.648 millones y gastos por \$10.664 millones

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA

FORMATO		CÓDIGO	GF-S4-F6		
E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA Servimos con Excelencia Humana 		VERSIÓN	1		
		VIGENCIA	17/02/2018		
		PAGINA 1 DE 2			
NIT. 813.005.265-7 ESTADO DE SITUACION FINANCIERA INDIVIDUAL Periodos Contables Terminados del 31/12/2018 a 31/12/2017 (Cifras en Miles de Pesos)					
Fecha Final	NOTAS	31/12/2018	31/12/2017	VARIACION 2018 - 2017	%
ACTIVO					
ACTIVO CORRIENTE					
Efectivo y Equivalente al Efectivo	(3)	9.450.130	9.902.712	(452.582)	-4,57
Cuentas por cobrar	(4)	7.111.445	6.395.762	715.683	11,19
Inventarios	(5)	1.043.472	1.178.151	(134.679)	-11,43
Bienes y servicios pag. por anticipado	(7)	234.618	360.928	(126.308)	-35,00
Total activos corrientes		17.839.665	17.837.551	2.114	0,01
ACTIVO NO CORRIENTE					
Cuentas por cobrar	(4)	3.043.619	1.808.069	1.235.550	68,34
Propiedades, planta y equipo	(6)	28.106.400	27.281.169	825.232	3,02
Total activos no corrientes		31.150.019	29.089.237	2.060.782	7,08
TOTAL ACTIVO		48.989.684	46.926.789	2.062.896	4,40
PASIVOS					
PASIVOS CORRIENTES					
Cuentas por pagar	(8)	1.334.501	1.419.729	(85.228)	-6,00
Beneficios a los empleados	(9)	820.025	730.466	89.559	12,26
Provisiones	(10)	2.504.986	1.810.095	694.891	38,39
Otros Pasivos		5.461	5.461	0	0,00
Total pasivos corrientes		4.664.973	3.965.751	699.222	17,63
Total Pasivo		4.664.973	3.965.751	699.222	17,63
PATRIMONIO					
Capital fiscal	(11)	587.881	767.216	(179.335)	-23,37
Resultados de ejercicios anteriores	(11)	22.269.557	21.364.847	904.710	4,23
Impacto por la Transición al Nuevo Marco Normativo		19.881.357	19.924.714	(43.357)	-0,22
Resultados del ejercicio	(11)	1.585.915	904.260	681.656	75,38
TOTAL PATRIMONIO		44.324.711	42.961.037	1.363.674	3,17
TOTAL PASIVO MAS PATRIMONIO		48.989.684	46.926.789	2.062.896	4,40
CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS		0	0	0	0,00
DEUDORAS DE CONTROL		152.906	131.642	21.264	16,15
FACTURACIÓN GLOSADA EN VENTA DE S		152.906	131.642	21.264	16,15
DEUDORAS POR CONTRA (CR)		(152.906)	(131.642)	21.264	-16,15
DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (I		(152.906)	(131.642)	21.264	-16,15

CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS	0	0	0	0,00
RESPONSABILIDADES CONTINGENTES	9.176.485	0	(9.176.485)	0,00
LITIGIOS Y MECANISMOS ALTERNATIVOS	9.176.485	0	(9.176.485)	0,00
ACREEDORAS POR CONTRA (DB)	(9.176.485)	0	(9.176.485)	0,00
RESPONSABILIDADES CONTINGENTES P:	(9.176.485)	0	(9.176.485)	0,00

VIGILADO SUPERSALUD


Erika Paola Losada Cardoza
Gerente

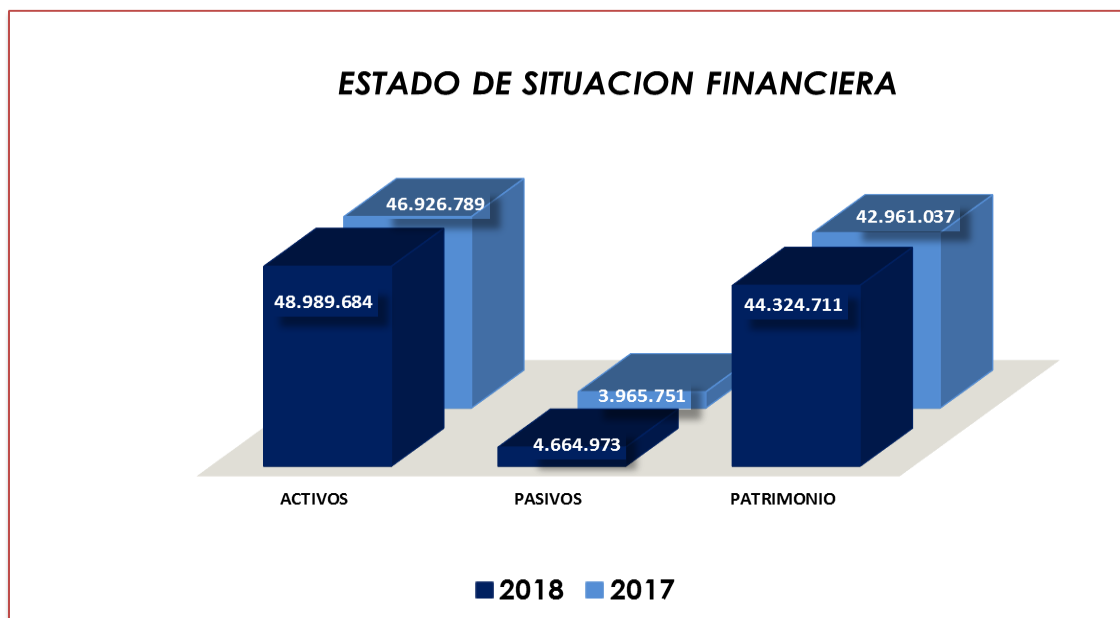

Luz Angela Narvaez Cerquera
Subgerente


Martha Lilia Rodriguez Garcia
Contador Publico T.P. 200361 -T


Rodrigo Antonio Urrea Beltran
Revisor Fiscal T.P. 33814 -T

CARRERA 22 CON CALLE 26 SUR ESQUINA
NEIVA- HUILA

De lo descrito anteriormente, se obtiene finalmente el Estado de Situación Financiera o Balance General. Allí se observan las cifras correspondientes al valor de los Activos o bienes de la empresa, los Pasivos o deudas poseídas y el Capital o Patrimonio de la empresa.



ACTIVO: El activo presento un incremento del 4% debido a la compra de propiedad planta y equipo con el fin de mejorar la calidad de la prestación del servicio y el incremento de las cuentas por cobrar corrientes en un 11% a pesar de la gestión que hemos venimos realizando junto con el área de cartera gestionando el cobro de los recursos para el sostenimiento de la entidad.

EFECTIVO EQUIVALENTE AL EFECTIVO

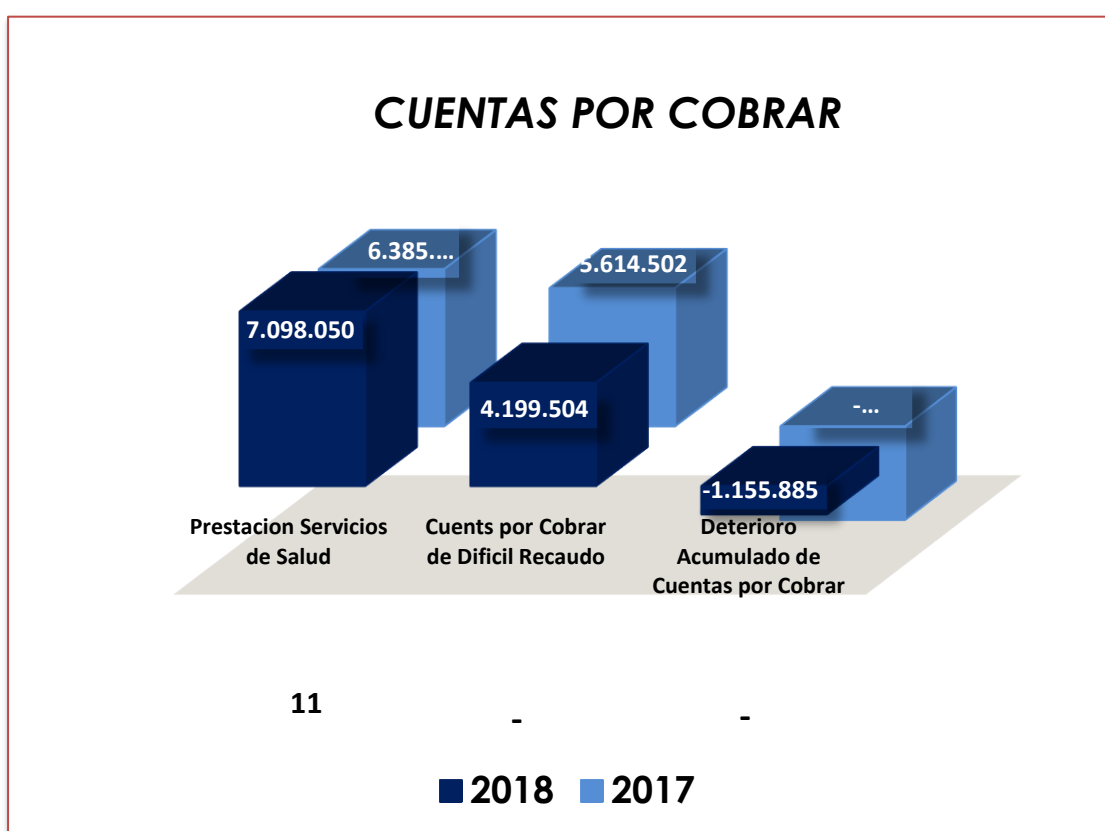
Cífras en Miles de Pesos	2018		2017		Variación
	01/12/2018		01/12/2017		
	31/12/2018	31/12/2017			
Caja	1.401	1.387	14	1%	
Deposito En Instituciones Fiancieras	9.231.936	9.016.714	215.222	2%	
Efectivo De Uso Restringido	216.793	884.611	-667.818	-75%	
TOTAL	9.450.130	9.902.712	-452.582	-5%	



CUENTAS POR COBRAR

Cífras en Miles de Pesos	2018		2017	
	01/12/2018		01/12/2017	
	31/12/2018	31/12/2017		
Plan obligatorio de salud pos - EPS (por radicar)	237.749	186.027		
Plan obligatorio de salud pos -EPS (Radicada)	1.692.289	1.381.583		
Plan subsidiado de salud poss - EPSS (por radicar)	1.186.104	1.224.580		
Plan subsidiado de salud poss - ARP (Radicada)	3.582.397	3.127.427		
Empresas De Medicina Prepagada (Emp) - (por radicar)	527	938		
Empresas De Medicina Prepagada (Emp) - (Radicada)	600	580		
Entidades Con Régimen Especial - (por Radicar)	7.382	5.274		

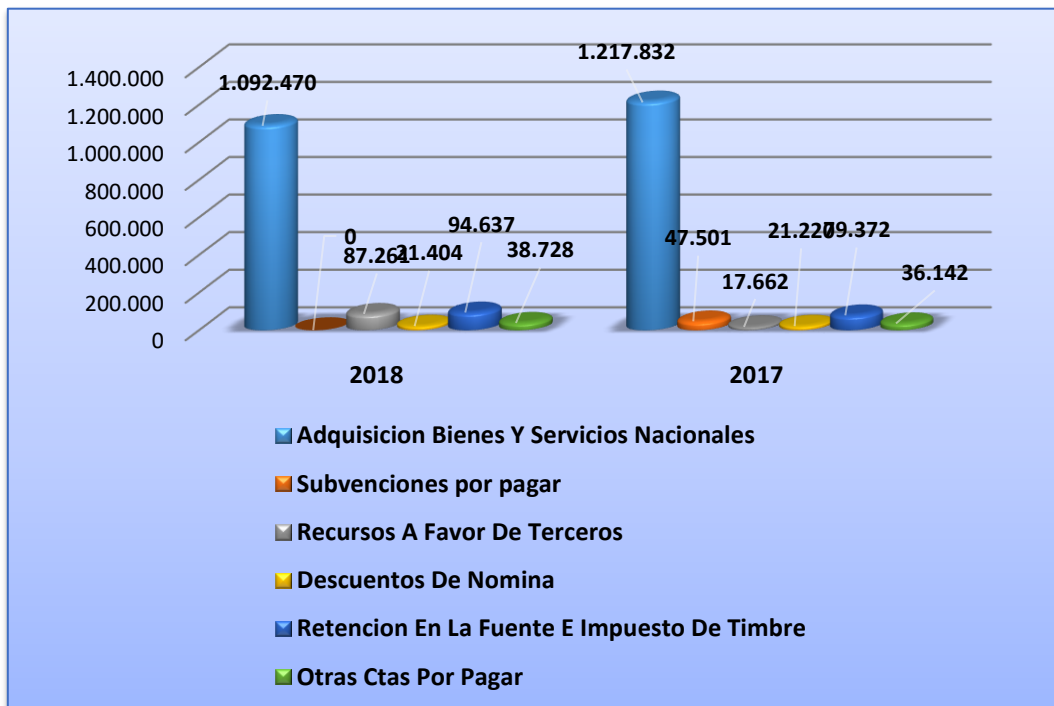
Entidades Con Régimen Especial - (Radicada)	64.846	41.291
Atención Accidentes De Tránsito Soat - (por Radicar)	17.286	10.900
Atención Accidentes De Tránsito Soat - (Radicada)	29.634	30.867
Recursos de acciones de salud pública - (radicada)	0	0
Atención Con Cargo Al Subsidio A La Oferta - (por radicar)	25.931	7.169
Atención Con Cargo Al Subsidio A La Oferta -(Radicada)	150.570	64.042
Riesgos Laborales (Arl) - (por Radicar)	1.035	758
Riesgos Laborales (Arl) - (Radicada)	7.776	4.673
Reclamaciones Fosyga Ecat - (por Radicar)	9.045	9.045
Reclamaciones Fosyga Ecat - (radicada)	83.033	65.212
otras cuentas por cobrar servicios de salud	1.846	225.574
TOTAL	7.098.050	6.385.942



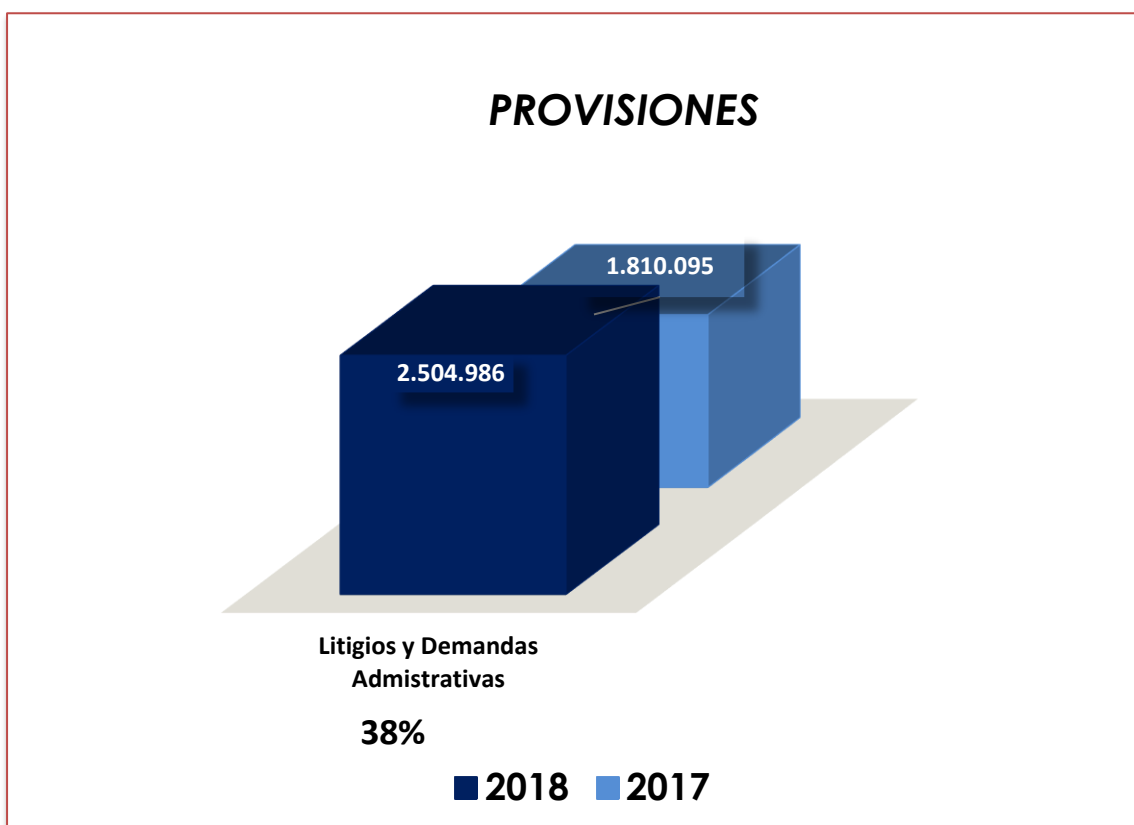
PASIVO: El pasivo presento un incremento del 18% debido a las provisiones de los litigios y demandas La provisión reconocida al 31 de diciembre de 2018 y 31 de diciembre del año 2017 corresponde a demandas interpuestas contra la empresa, en su mayoría, a causa de procedimientos médicos que no han sido considerados pertinentes y de negligencia en la atención a los usuarios. Los valores presentados en el estado de situación financiera al 31 de diciembre de 2018 y 31 de diciembre del año 2017 pueden ser objeto de ajuste a partir de las incertidumbres relacionadas con la obligación, tales como el valor de la pretensión, la tasa esperada de condena, ajustes por tasa de descuento y la fecha estimada de pago, entre otras.

Con base en la información reportada por el Jefe de la Oficina Jurídica, se calculó el valor de las provisiones de los procesos que cursan en contra de la ESE CARMEN EMILIA OPSINA, los cuales son atendidos por abogados internos, con el fin de ajustar los valores causados en la cuenta de las provisiones según el caso.; de igual manera se registraron como provisión en cuentas de balance los procesos que hayan sido catalogados por el porcentaje esperado de condena como altos, mientras que aquellas que aún no han sido catalogados como bajos y medios se están registrando en las cuentas de orden con el fin de que sean reportados a manera de información; esto en cumplimiento de las normas contables en materia de procesos jurídicos.

CUENTAS POR PAGAR		
	2018	2017
	01/12/2018	01/12/2017
Cifras en Miles de Pesos	31/12/2018	31/12/2017
Adquisicion Bienes Y Servicios Nacionales	1.092.470	1.217.832
Subvenciones por pagar	0	47.501
Recursos A Favor De Terceros	87.261	17.662
Descuentos De Nomina	21.404	21.220
Retencion En La Fuente E Impuesto De Timbre	94.637	79.372
Otras Ctas Por Pagar	38.728	36.142
TOTAL	1.334.501	1.419.729



PROVISIONES		
	2018	2017
	01/12/2018	01/12/2017
Cífras en Millones de Pesos	31/12/2018	31/12/2017
Litigios y Demandas Administrativas	2.504.986	1.810.095
TOTAL	2.504.986	1.810.095



PATRIMONIO:

Dentro del capital fiscal se incluye el monto inicialmente invertido por el Estado para la creación de la Empresa Social del estado Carmen Emilia Ospina. Adicionalmente, de conformidad con los criterios establecidos en el Régimen de Contabilidad Pública vigente hasta el 31 de diciembre de 2015, en el saldo del patrimonio se incluyeron los siguientes conceptos que se originaron con anterioridad a la aplicación del Marco Normativo para Empresas que no Cotizan en el Mercado de Valores, y que no Captan ni Administran Ahorro del Público:

- El valor de la reclasificación de los excedentes de los ejercicios anteriores, al inicio de cada período contable.
- El valor de los bienes y derechos reclasificados de la cuenta patrimonio público incorporado, al inicio de cada período contable.
- El valor de las obligaciones trasladadas a otras entidades contables públicas.

- El valor de las obligaciones condonadas.

La cuenta de Impactos por la transición al nuevo marco de regulación representa el valor neto del impacto en el patrimonio por la transición al nuevo marco normativo en la empresa por efectos de incorporación o retiro de bienes, derechos y obligaciones, ajustes del valor de los activos y pasivos, teniendo en cuenta la instrucción emanada de la Contaduría General de la nación. El valor del impacto a la fecha es de \$19.881.357.

Los resultados del ejercicio con corte a 31 de diciembre de 2018 contemplan un resultado integral por valor de Mil quinientos ochenta y cinco millones novecientos quince mil pesos \$1.585.915.

PLAN DE ACCION



FORMATO N° 4						
PLANES DE ACCIÓN U OPERATIVOS						
INFORME PRESENTADO A LA CONTRALORIA MUNICIPAL DE NEIVA						
ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA				
REPRESENTANTE LEGAL:		ERIKA PAOLA LOSADA CARDOZA				
NOMBRE PLAN DE ACCIÓN:		PLAN DE ACCION 2018				
PERIODO INFORMADO						
AÑO		2018				
NUMERO	AREAS INVOLUCRADAS	ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO	AVANCE	
		ACCIONES	METAS		PORCENTAJE DE AVANCE EN TIEMPO	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD
1	TECNICO CIENTIFICA	Implementar el modelo de atención integral en salud (MIAS)	Implementación del modelo	<p>Durante la vigencia 2018 se cumplieron en un 100% las actividades y metas programadas para la implementación del Modelo de atención en salud MIAS las cuales se describen a continuación: Socializar con la comunidad, los resultados de la caracterización, canalización y demanda inducida realizada en el 2017, actividad que se desarrolló con el informe de la rendición de cuentas de la vigencia del 2017. Se desarrollaron dos capacitaciones y el proceso de reinducción e inducción a las auxiliares de enfermería programadas para la implementación en el área urbana y rural. Se ejecutó la conformación y distribución de los equipos de salud que desarrollaron actividades de implementación del modelo en las comunas 1, 5, 6, 8 y 9 del área urbana y toda la zona del área rural.</p>	100%	100%

				En la implementación del modelo se desarrolló la caracterización a 19,030 familias de la zona urbana y rural que representa el 42,4% del 100% de las familias proyectadas en el plan de desarrollo institucional, es de resaltar que para la vigencia 2018 se superó la meta del 30% para la vigencia 2018. En la zona rural se caracterizaron 2.527 familias y en la zona urbana 16.503.		
2	P Y P	Mejorar la cobertura de la E.S.E Carmen Emilia Ospina en actividades de Deteccion Temprana y Proteccion Especifica, atendiendo a los lineamientos y normatividad vigente e integrando la atencion desde el modelo MIAS-PAIS	Reinducción y capacitación mensual al personal asistencial en temáticas relacionadas con actividades de PyP con el objetivo de brindar información asertiva y actualizada que derive en el buen desempeño de los programas	Se realizó el 100% de la capacitación mensual programada al personal asistencial en temáticas relacionadas con actividades de PyP de acuerdo con la programación establecida	100%	100%
3			Implementación de actividades de seguimiento y control en el área rural	Se realizó en promedio el 98% de cumplimiento de las actividades programadas en forma mensual de seguimiento y control a las actividades en el área rural	100%	98%
4			Ejecución de actividades de seguimiento y control en el área urbana	Se realizó el 98% de las actividades programadas en forma mensual de seguimiento y control a las actividades programadas en el área urbana, con un cumplimiento del 100% de la meta establecida.	100%	100%

5	IAMI		Fortalecer el grado de apropiación de la Política de Atención Materno-Infantil como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia teniendo en cuenta el enfoque Integral (IAMII) y el modelo de Atención Primaria MIAS-PAIS en la E.S.E CEO.	La política de atención materno infantil como institución amiga de la mujer y la infancia con enfoque integral IAMI, se ejecutó con el desarrollo de los 10 pasos necesarios para implementación, los cuales una vez evaluados en su conjunto, arroja un promedio de apreciación o implementación del 78,3%.	80%	78.3%
6	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Fortalecimiento de los diferentes procedimientos que hacen parte del proceso de vigilancia epidemiológica	Dar cumplimiento como mínimo el 95% de las actividades de vigilancia epidemiológica	Se realizó seguimiento mensual a las 10 actividades de vigilancia epidemiológica definidas, con un cumplimiento del 100%.	100%	100%
7	CALIDAD	Mantener el cumplimiento del Sistema de habilitación	100% del servicio ofertado con seguimiento al cumplimiento los estándares de habilitación.	Todos los servicios inscritos en el REPS (32) se encuentra debidamente autoevaluados con el cumplimiento del 100%	100%	100%
8		Cumplimiento del sistema de información para la calidad.	Cumplimiento del 100% de los informes requeridos por entes de vigilancia y control respecto al sistema de información para la calidad.	Los diferentes indicadores e información para la calidad, fueron reportados de conformidad con los reglamentos y lineamientos establecidos.	100%	100%
9		Realizar autoevaluación frente a estándares de acreditación en salud establecidos por el Estado Colombiano.	100% de la Institución autoevaluada frente a estándares de acreditación en salud.	En la vigencia 2018 se realizó autoevaluación al 100%, de acuerdo con los estándares de acreditación con un resultado de 1,42.	100%	100%

10		Desarrollar el Programa de la Auditoria para el mejoramiento de la calidad con enfoque en acreditacion en salud.	Ejecucion del 90% de las actividades del programa de la auditoria para el mejoramiento de la calidad programadas para el periodo evaluado.	La oficina de calidad programó 208 auditorias y se relizaron 189 derivadas del PAMEC, dando un cumplimiento del 90.9% para un cumplimiento según la meta del 100%	100%	100%
11	ALMACEN	Mejorar la oportunidad en la prestacion de servicios	Elaboración anual de un plan de compras	Se elaboró y ejecutó el plan de compras	100%	100%
12			Mantener como mínimo el 95% de Oportunidad en la entrega de insumos a los diferentes servicios	La entrega de insumos a los diferentes servicios se ha llevado a cabo dentro de los términos previstos, en el 2018 la entrega se cumple al 100%	100%	100%
13	GERENCIA PLANEACION	Mejorar la oportunidad en la prestacion de servicios	Gestionar en conjunto con el Municipio la construccion segunda fase CAIMI	No se ejecuto, se requiere ajustes de diseños del edificio de consulta externa para cumplimiento NSR-10 y RETIE. Se aplazó para el 2018 el cumplimiento de esta actividad.	100%	50%
14			Elaborar y gestionar en conjunto con el Municipio el proyecto dotacion CAIMI Segunda fase	El proyecto fue presentado y viabilizado por la Secretaría de Salud Departamental. Se presentó al Ministerio y fue devuelto, esta en el proceso de ajuste de cotizaciones para ser presentado en el primer Bimestre del año 2019, ante la Secretaria de Salud Departamental. Se aplazó para el 2018 el cumplimiento de esta actividad.	100%	100%

15			Elaborar y gestionar la construcción centro de salud AIPECITO	El proyecto fue formulado en conjunto con prospección y Secretaria de Salud Municipal, se efectuó revisión en Secretaria de salud departamental y DNP, los ajustes ya fueron realizados y se presentara en el primer bimestre del año 2019 ante la secretaria de salud Deapartamental. Se aplazó para el 2018 el cumplimiento de esta actividad.	100%	50%
16			Gestionar construcción segunda fase Palmas	El proyecto cuenta con los diseños arquitectonicos aprobados, esperando el visto bueno de la Secretaria de Salud Departamental para el inicio de la vigencia 2019, el contratista consultor adelanta los diseños complementarios para efectuar radicación en curaduría urbana para el tramite de licencia de urbanismo y construcción. Se aplazó para el 2018 el cumplimiento de esta actividad.	100%	65%
17	MANTENIMIENTO	Optimizar el plan de mantenimiento hospitalario.	Elaboración de un plan anual de mantenimiento hospitalario	Se elaboró y ejecutó el plan de mantenimiento hospitalario para la vigencia.	100%	100%
18			Ejecutar como mínimo el 90% del plan anual de mantenimiento hospitalario	La ejecución del plan de mantenimiento se ha llevado a cabo con un cumplimiento promedio del 87% en donde se requirieron 666 actividades de mantenimiento y se realizaron 576 actividades.	100%	87%
19	FACTURACION	Optimizar el proceso de facturación	Garantizar el registro del 100% actividades en el proceso de facturación	Se efectuó revisión y registro del 99.76% del cierre de los ingresos abiertos y el 100% de las actividades extramurales, lo que arroja un promedio de cumplimiento del 100%.	100%	100%

20	CARTERA	Minimizar la cartera morosa	Efectuar como mínimo el 95% de las conciliaciones programadas con EPS-S	Se logró un cumplimiento del 100% con un total 173 conciliaciones ejecutadas de las 120 conciliaciones programadas.	100%	100%
21			Mantener el porcentaje de glosas de cartera por debajo del 6%	Indicador de glosas se ubica en el 3,5% promedio anual, la cual es inferior al 6% programada, dando cumplimiento al 100% del indicador.	100%	100%
22			Mantener meta de recaudo de cartera máximo a 120 días	La rotación de cartera se ha ejecutado arrojando un resultado de 119 Días (cada 4 meses está rotando la totalidad de la cartera), cumpliéndose el indicador dentro de los parámetros establecidos de 120 días.	100%	100%
23			Ejecutar la liquidación de contratos de prestación de servicios de salud suscritos con las diferentes Entidades responsables del pago de servicios (EPS), mínimo al 60%	Del 67% como meta se ha dado cumplimiento en un 100%. Se liquidaron 4 contratos de los 6 contratos programados	100%	100%
24	SIAU	Mejorarlos niveles de satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios	Mantener la satisfacción del usuario por encima del 95%	Se cumplió en un promedio del 99% de satisfacción, dando cumplimiento a la meta propuesta.	100%	100%
25	COMUNICACIONES	Mejorar los sistemas de comunicación	Ejecutar las actividades contempladas en el Plan de Comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina	La ejecución del plan de comunicaciones se ha llevado a cabo con un cumplimiento del 100% en donde se programaron 881 actividades y se realizaron 915 actividades.	100%	100%

26	TIC	Cumplir con los componentes definidos para la Estrategia Gobierno en Línea	Alcanzar en el trienio una implementación del 90% en la estrategia	La estrategia de gobierno en línea se viene ejecutando de acuerdo con los cronogramas establecidos por el Gobierno Nacional y adoptado por la ESE Carmen Emilia Ospina, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado para la vigencia 2018, dando cobertura a los componentes de TIC en servicios, TIC en seguridad de la información, TIC de gestión y TIC en gobierno abierto.	100%	100%
27	PLANEACION	Fortalecer la transparencia y participación del ciudadano	Elaborar plan anual anticorrupcion	Se elaboró el plan anticorrupción con el cumplimiento del 100%	100%	100%
28	TALENTO HUMANO	Mejorar los procesos de Administración y desarrollo del talento humano	Elaboración de los planes de capacitación, bienestar social e incentivos en forma anual	La empresa elaboró los planes de capacitación, bienestar social e incentivos conforme a la normatividad vigente.	100%	100%
29			Ejecución como mínimo del 95% de los planes de capacitación, bienestar social e incentivos	Las actividades de bienestar social e incentivos y capacitación se ejecutaron logrando una meta del 100%.	100%	100%
30			Desarrollar la política de Inclusion social con el fin de cumplir con la LEY 1816 DEL 2013	Se tiene contratado 6 personas con discapacidad frente a aproximadamente 600 servidores públicos por lo cual da un cumplimiento del 100%.	100%	100%
31	SALUD OCUPACIONAL		Mantener actualizado el sistema de gestión de salud y seguridad del trabajo superior al 90%	Al cerrar el año se hizo una evaluación al SG-SST con los requisitos de la Resolución 1111/2017 obteniendo un puntaje de 90% resultado que obedece al trabajo desarrollado durante el 2018.	100%	100%

32			Actualizar los planes de emergencias	Se actualizaron y radicaron ante las Secretarías de Salud Municipal y Departamental los planes hospitalarios de emergencias de los centros de salud de Canaima, Palmas, IPC, Granjas, Siete de agosto, Eduardo Santos, Fortalecillas, Caguán, San Luis y Vegalarga.	100%	100%
33	TIC	Ejecutar la metodología determinada por el Archivo General de la Nación AGN, en el Manual "Formulación del Plan Institucional de Archivos – PINAR	Alcanzar en el trienio una implementación del 95% en la estrategia PINAR	La metodología de Formulación del plan institucional de archivos PINAR, se viene ejecutando de acuerdo con los cronogramas establecidos por el Gobierno Nacional y adoptado por la ESE Carmen Emilia Ospina, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado para la vigencia 2018.	100%	100%
34	CONTROL INTERNO		Ejecutar el 90% del Programa Anual de Auditoría aprobado para cada vigencia, incluyendo las auditorías especiales	Se elaboró la metodología para la construcción del plan anual de auditoría para un cumplimiento del 100%. El 100% de las actividades propuestas en el plan de auditorías se ejecutaron	100%	100%
35		Realizar seguimiento periódico a los planes de mejoramiento suscritos, tanto internos como externos, de la E.SE	Realizar seguimiento al 90% de los planes de mejoramiento suscritos, tanto internos como externos	Al 100% de los planes de mejoramiento se les realizó seguimiento dentro de la programación establecida	100%	100%
36		Realizar seguimiento periódico a los riesgos extremos y altos identificados en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo	Realizar seguimiento periódico al 90% de los riesgos por procesos catalogados como extremos y altos	Al 100% de los riesgos por procesos catalogados como externos y altos se les realizó seguimiento dentro de la programación establecida	100%	100%
37	JURIDICA	Defensa judicial oportuna	Mantener la Oportunidad en un	En la vigencia fiscal del 2018, todas las tutelas recibidas se les dió respuesta oportuna, con un cumplimiento del 100%	100%	100%

			100% de respuesta a tutelas				
38			Mantener la Oportunidad en un 100% de respuesta a derechos de petición	En la vigencia fiscal del 2018, los derechos de petición recibidos se les dió respuesta oportuna en el 100%	100%	100%	
39			Mantener la Oportunidad en un 100% de respuesta a procesos jurídicos	En la vigencia fiscal del 2018, todos los procesos jurídicos recibidos se les dió respuesta oportuna con un cumplimiento del 100%	100%	100%	
40		Dar un adecuado manejo a los Residuos Peligrosos generados.	Incinerar el 60% de los residuos peligrosos.	El promedio de residuos peligrosos generados en la entidad se alcanzó la meta del 60% para incineración.	100%	100%	
41	AMBIENTAL	Realizar campañas educativas de ahorro y uso eficiente de los recursos.	Reducir el consumo de los servicios públicos de energía y agua en un 5%.	En el 2018 no se alcanzo la meta,en cuanto a la reducción 5% del consumo de energía tabulando el consumo de 2017 de 1,564,877 kw y en el 2018 de 1,979,322kw se evidencia un incremento del 414,414 KW con porcentaje del 26%. En cuanto a la reducción 5% del consumo de agua tabulando el consumo de 2017 de 36.915 de m3 y en el 2018 de 29.314 m3 se evidencia una disminución del -7601 con porcentaje del -21%.	100%	50%	
42			Realizar camapañas educativas	El desarrollo de las campañas educativas se ha llevado a cabo con un cumplimiento del 100% en donde se programaron y ejecutaron 9 Campañas.	100%	100%	
43			Cambiar las canecas que se encuentran en mal estado	Satisfacer las necesidades de canecas, con el fin de realizar una adecuada segregación.	Los cambios de canecas se comenzaron a realizar desde el mes de Noviembre hasta el mes de Diciembre, donde cada mes se obtuvo un resultado del 50%, cumpliendo la meta establecida del 100%.	100%	100%

PROGRAMAS Y PROYECTOS EN EJECUCIÓN



PROYECTOS EN TRAMITE ESE CARMEN EMILIA OSPINA Y MUNICIPIO DE NEIVA

Nº	PROYECTOS PRIORITARIOS	DETALLE	AVANCE	ESTADO ACTUAL
1	CONSTRUCCION CENTRO DE SALUD INTEGRAL MATERNO INFANTIL CAIMI	El proyecto consta de dos (2) fases. En la primera se constuye la unidad de urgencias, Hospitalización, sala de partos, sala de cirugía y ayudas diagnósticas. La segunda fase comprende consulta externa de medicina y odontología y pyp	50%	El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva. El proyecto fue adjudicado en licitación pública, se adjudicó la interventoría, se firmó acta de inicio y está en proceso constructivo. La ESE CEO a través de su Área de Infraestructura, brinda un apoyo a la Supervisión del proceso a cargo de la Secretaría de Salud Mpal.
2	CONSTRUCCION TERCERA FASE CENTRO DE SALUD DE PALMAS	Se proyecta la construcción del área de hospitalización y ampliación del área de consulta externa y pyp	65%	De acuerdo con los lineamientos del Señor Alcalde, se revisó el presupuesto y se asignaron los recursos para la elaboración de diseños y presupuesto, el cual tiene un costo aproximado de \$3000 mil millones. Se revisó con el equipo de la ESE el programa general médico arquitectónico, el cual sirvió como base para el proceso de contratación de la consultoría que permita la elaboración de los diseños y presupuestos y aprobación a las diferentes entidades. El Contrato está en proceso de ejecución. El consultor de los diseños, presentó Esquema básico, que a la fecha ya se encuentra a nivel de Anteproyecto Arquitectónico; de manera conjunta con la Interventoría de la ESE CEO, se adelanta la logística para los demás estudios técnicos pertinentes y contratados para el Proyecto.
3	CONSTRUCCION Y DOTACION PUESTO DE SALUD AIPECITO	Construcción de puesto de salud TIPO con consultorio consulta externa de medicina, odontología, toma de muestras y áreas administrativas	50%	Se actualizó las fichas técnicas de conformidad con las observaciones de la secretaria de Salud Departamental y conforme a la reunión realizada por la secretaria de salud, ESE y Prospectiva, la cual se remitió a la secretaria de salud Municipal. El proyecto fue aprobado por el Ministerio e incluido en el plan bienal ajuste 1 2018-2019. De acuerdo con la revisión previa por parte del DNP, se está elaborando un plan de acción para la operación del puesto de salud. La secretaria de salud municipal convocó y se desarrolló reunión el día 21 de Noviembre de 2018 con la participación de prospectiva y ESE con el fin de revisar los compromisos para el ajuste del proyecto de acuerdo con las objeciones de la secretaria de salud Departamental. Quedaron pendientes algunas actividades puntuales y se distribuyeron responsabilidades y quedó programado para el día 6 de Diciembre la revisión final del proyecto. Una vez se tengan estos componentes ajustados se procederá a radicarlo nuevamente a la secretaria de salud Departamental. Con respecto a la titularidad del predio donde se ejecutará el proyecto la matrícula inmobiliaria está a nombre del Municipio de Neiva, quien solicitó y se le otorgaron facultades por el Concejo Municipal para la cesión gratuita del lote a la ESE CEO. Se elaboró el plan de acción según requerimiento del departamento de planeación DNP y se remitió al secretario de salud el 28 de Noviembre de 2018
4	DOTACION SEGUNDA FASE CAIMI	Dotación de equipos para la segunda fase de CAIMI	100%	El proyecto fue devuelto nuevamente por el Ministerio, y se recibió asistencia técnica por parte del Ministerio en conjunto ESE- Municipio de Neiva. El proyecto hay que volverlo a formular, se están solicitando cotizaciones actualizadas con los requerimientos del ministerio. De acuerdo con los requerimientos del ministerio fue necesario inscribir los equipos de obstetricia como equipos de control especial en el ajuste 1 del plan bienal 2018-2019, el cual está debidamente aprobado. una vez se tengan todas las cotizaciones, se elaborará el presupuesto en la matriz definida por el Ministerio, se formulará el proyecto en metodología MGA, se solicitará nuevamente la viabilidad de la secretaria de salud departamental y se remitirá nuevamente al Ministerio, junto con la aprobación del plan bienal. Se efectuó reunión con la Secretaria de Salud Municipal el 22 de noviembre de 2018 para revisar el avance del proyecto, el Biomedico de la ESE presentó la matriz sugerida por el ministerio, pero es necesario actualizar las cotizaciones y poder formular nuevamente el proyecto, para luego presentarlo a la secretaria de salud departamental y el Ministerio de protección social. Es importante precisar que el valor de cofinanciación de \$600 millones de la ESE para la dotación se modificó para cofinanciar la construcción.

**GRADO DE AVANCES DE LAS
POLÍTICAS DE DESARROLLO
ADMINISTRATIVO DEL MODELO
INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y
GESTIÓN**



MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

El MIPG permite dirigir, planear, ejecutar, controlar, hacer seguimiento y evaluar la gestión institucional de las entidades públicas, en términos de calidad e integridad del servicio para generar valor público.

POLITICAS

1. Planeación Institucional
2. Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público
3. Talento Humano
4. Integridad
5. Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
7. Servicio al ciudadano
8. Participación ciudadana en la gestión pública
9. Racionalización de trámites
10. Gestión documental
11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea
12. Seguridad Digital
13. Defensa jurídica
14. Gestión del conocimiento y la innovación
15. Control Interno
16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

IMPLEMENTACION DEL MODELO

1. Conformación del Comité de gestión y desempeño
2. Autodiagnóstico
3. Definición Plan de acción
4. Ejecución plan de acción

IMPLEMENTACION DEL MODELO

Conformación del Comité de gestión y desempeño

Según Resolución N° 39 del 30 de Enero de 2018 el comité de gestión y desempeño de la ESE CEO, esta conformado por:

1. El Gerente de la ESE, quien lo presidirá
2. El subgerente
3. El Gestor técnico científico
4. El coordinador de Planeación, quien actuará como secretario del comité
5. El coordinador de Calidad
6. El Tesorero

7. El gestor de presupuesto
8. El Coordinador de talento Humano
9. El gestor de las tecnologías de la información y comunicaciones TIC
10. Comunicador Social
11. El coordinador jurídico
12. El Coordinador del SIAU

Funciones del Comité de gestión y desempeño

1. Aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
2. Articular los esfuerzos institucionales, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación, sostenibilidad y mejora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
3. Proponer al Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional, iniciativas que contribuyan al mejoramiento en la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
4. Presentar los informes que el Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional y los organismos de control requieran sobre la gestión y el desempeño de la entidad.
5. Adelantar y promover acciones permanentes de autodiagnóstico para facilitar la valoración interna de la gestión.
6. Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información.
7. Las demás que tengan relación directa con la implementación, desarrollo y evaluación del Modelo.

Autodiagnóstico

Se ha socializado la actividad con los líderes de proceso involucrados de cada autodiagnóstico donde cada líder está desarrollando la respectiva tarea conforme a los ítems y lineamientos establecidos.

Definición y ejecución Plan de acción

El respectivo plan de acción de cada área responsable, sus indicadores y periodicidad del mismo, es el resultado del autodiagnóstico desarrollado, logrando así el avance en la ejecución de la adopción de modelo de gestión y planeación, en el cual la ESE CEO se encuentra en proceso de estandarización de dichos planes.

Se realizó la racionalización e integración de los comités de las ESE CEO conforme a los lineamientos normativos como una de las actividades primordiales del MIPG.

GESTION MISIONAL Y DE GOBIERNO



Prestación de servicios de salud

Las actividades básicas en salud ejecutadas en los años 2017-2018, se observa en el cuadro siguiente:

SERVICIOS	2017	2018
Número de dosis de biológico aplicadas	94.155	92.997
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	34.768	35.253
Otros controles de enfermería de PyP (diferentes a atención prenatal - Crecimiento y Desarrollo)	27.029	31.451
Número de citologías cervicovaginales tomadas	18.710	18.305
CONSULTAS		
Número de consultas de medicina general electivas	197.810	196.737
Número de consultas de medicina general urgentes	169.306	162.515
Consultas Medicina Especializada electivas realizadas	0	391
Consultas Medicina Especializada urgentes realizadas	0	61
Otras consultas (psicólogo)	0	1.100
ODONTOLOGÍA		
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	26.778	26.565
Número de sesiones de odontología realizadas	197.897	25.039
Número de sellantes aplicados	68.692	65.028
Superficies obturadas (cualquier material)	64.094	44.063
Exodoncias (cualquier tipo)	10.538	9.804
PARTOS		
Número de partos vaginales	51	31
HOSPITALIZACION		
Número total de egresos	10.093	9.111
Total de Días de estancias de los Egresos	14.749	14.877
Pacientes en Observación	13.755	11.308
Número total de días cama ocupados	5.582	4.914
Número total de días cama disponibles	6.570	6.521
AYUDA DIAGNOSTICA		
Número de exámenes de laboratorio	349.733	383.147
Número de imágenes diagnósticas tomadas	42.423	48.637
Número de sesiones de otras terapias	51.968	43.273
Número de Visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	36.716	12.471
Número de Sesiones de Talleres colectivos -PIC-	267.108	146.898

Fuente: Sistemas de información Dinámica RIPS 2018

El comportamiento de las diferentes actividades brindadas en la atención a la población beneficiaria en los diferentes servicios tanto ambulatorios y hospitalarios, muestran una tendencia de leve crecimiento año a año, en algunos de los servicios en donde se muestra un número menor de actividades como son las atenciones del parto, estas van a mejorar con la nueva infraestructura del CAIMI y con la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) Materno Perinatal y Para la promoción y mantenimiento de la Salud de la ESE CEO.

GESTIÓN MISIONAL

Actividades Misionales

- ✓ Se realizó estructuración y seguimiento a los planes de mejoramiento para el cumplimiento a los indicadores de gestión Gerencial.
- ✓ Se dio inicio a la caracterización de la población del área rural y se continuo con la fase de caracterización de la población y la implementación de las Rutas Integrales de atención en salud – RIAS, del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en la ESE Carmen Emilia Ospina.
- ✓ Se trabajó en equipo con el área de talento humano para apoyar los temas referentes al noveno componente del MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud), fortalecimiento del recurso humano, y a la prestación de servicios de salud con calidad, a través de las capacitaciones virtuales.
- ✓ Se crearon 3 estrategias educativas presenciales, dirigida al personal asistencial (1.Médicos de urgencias, 2.Enfermeras de Urgencias y 3.Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de Consulta externa y Promoción y prevención), con el fin de actualizar conocimientos en patologías de interés, socializar rutas integrales de atención en salud – RIAS, Guías de práctica clínica, socializar hallazgos de auditorías internas y externas. Además se continuó ejecutando la estrategia de educación virtual. Se capacitaron a un total de 489 profesionales asistenciales, lo que corresponde al 78, 74% del total del personal asistencial de la ESE CEO.
- ✓ Se realizó armonización de las actividades PIC, Gestión del Riesgo y Salud Pública en el marco de la implementación del MIAS.
- ✓ Se implementaron pruebas rápidas de troponina I cuantitativa en los servicios de urgencias.
- ✓ Se incorporó el servicio de pediatría a la oferta institucional, realizándose 955 consultas, desde el mes de mayo hasta diciembre de 2018.
- ✓ Se contrató una fisioterapeuta, la cual realiza apoyo al programa de Riesgo cardiovascular y de IAMII.
- ✓ Se realizaron 426 inducciones en el nuevo modelo integral de atención en salud – MIAS, Programas de promoción y prevención, Riesgo cardiovascular, Promoción de la salud y Vigilancia epidemiológica, al personal que ingreso a la Institución durante el año.
- ✓ Se adoptó y se implementó la Ruta integral de Atención – RIA de Atención a Menores de 0 a 59 meses de edad con Desnutrición Aguda, se dio inicio a la implementación de la Ruta integral de Atención de dengue y Leishmaniasis, en concordancia con el lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y

Protección Social y el despliegue administrativo, estructural y asistencial pertinente para la atención integral.

- ✓ En el transcurso de la vigencia 2018 la institución realizó constantes ajustes que derivaron en estrategias puntuales para la intervención de grupos de riesgo susceptibles que son evidentes en el aumento de coberturas en los programas que generalmente contienen alta carga de morbi-mortalidad tales como la población gestante, población infantil y adolescentes.
- ✓ La ESE CEO a través de la Dirección Técnico Científica, estuvo y se encuentra incursionando paulatinamente en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y sus respectivas Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), para lo cual se ha priorizado la implementación de los lineamientos de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud y la RIA materno perinatal, en concordancia con la resolución 3280 de 2018 y la condiciones de mayor morbi-mortalidad en nuestra población.
- ✓ Del mismo modo y con el aval de la Alta Gerencia, el equipo técnico de toda la institución se ha volcado hacia el cambio de software de gestión institucional, el cual incluye los cambios pertinentes para la aplicación del modelo y sus respectivas RIAS, para lo cual se trabajó en equipo con los Coordinadores de las dependencias del Área técnico científica para realizar ajuste en historias clínicas de Promoción y prevención, consulta externa, salud bucal y Referencia y contrarreferencia, en el nuevo software INDIGO CRYSTAL, con base en los nuevos lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, en la ruta integral de atención RIA de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal, en el marco del MIAS.
- ✓ Se dio respuesta a los requerimientos y compromisos adquiridos en el comité de conciliación y defensa judicial, comité de calidad y de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Se participó en la organización de estrategias para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas - SEM, por la SSM para la vigencia de 2019.
- ✓ Se agregó al contrato de dietas hospitalarias, el suministro de refrigerios para los menores de primera infancia e infancia y para las personas con DX de Diabetes. Se realizaron ajustes al formato de solicitud de dietas. Se implementó el formato de solicitud de dietas en el software dinámica gerencial y se articuló con la coordinadora de las TICS el entrenamiento de las jefes en el diligenciamiento correcto de este formato.
- ✓ Se realizaron actividades de apoyo para la acreditación de la ESE CEO.
- ✓ Se generaron lineamientos y se socializaron al personal asistencial y administrativo a través reuniones y del envío de circulares, donde se abordaron los siguientes temas: Definición responsable de tomas de medidas antropométricas en urgencias, definición responsable de activación de la ruta de violencia sexual, re-direccionamientos en la asignación de citas de radiología, atención de personas que ingresan fallecidas a los servicios de

- urgencias, facturación de biológicos a regímenes contributivos y especiales, actualización directrices programa RCV, funcionamiento de los nuevos servicios de pediatría y fisioterapia, facturación servicios de pediatría institucional EAPB comfamiliar, disponibilidad cartilla desnutrición, agendamiento y facturación de ecografías obstétricas, apertura oportuna de
- ✓ ingresos del día siguiente, cambio en el proceso de facturación del servicio de
 - ✓ pediatría hospitalaria y de urgencias y atención de población general y gestante extranjera venezolana.
 - ✓ Se monitoreo y evaluó mensualmente los planes de acción del área técnico Científica, los indicadores de Gestión Gerencial y del Plan de Desarrollo Institucional.

INDICADORES DE GESTIÓN GERENCIAL AÑO 2018

INDICADORES RESOLUCION 408 DE 2018. INDICADORES GESTION GERENCIAL_ ESE CARMEN EMILIA OSPINA_ AREA TECNICO CIENTIFICA 2018.															
INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes identificadas	≥ 0,85	0,85	0,80	0,83	0,85	0,87	0,84	0,90	0,85	0,87	0,86	0,84	0,86	0,85
EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana en las alteraciones del crecimiento y desarrollo /Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia).	≥ 0,80	0,93	0,83	0,85	0,86	0,87	0,85	0,88	0,88	0,88	0,87	0,88	0,87	0,87
EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación.	≥ 0,90	0,91	0,86	0,88	0,89	0,89	0,90	0,91	0,93	0,90	0,88	0,84	0,96	0,90
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	Numero de recién nacidos con diagnostico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
OPORTUNIDAD DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	Sumatoria de la diferencia de días calendario transcurridos entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario al solicitó / No. Total de citas de medicina general de primera vez asignadas	≤3	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	3,2	3	1,6	1,8	1,06	1,1	1,1	1,70
REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/ Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	≤0,03	0,007	0,008	0,006	0,007	0,007	0,007	0,008	0,008	0,007	0,007	0,007	0,008	0,007

Durante el seguimiento de los indicadores gerenciales del año 2018, se evidencio que, el comportamiento de los indicadores de "PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION", Y "EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA", fue fluctuante.

Para el cumplimiento general del indicador "PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION", se realizaron estrategias educativas en la población urbana y rural, y tomas de comuna, con el fin de concientizar a la comunidad sobre la importancia de asistir al control prenatal con oportunidad, y de estimular la asistencia a la consulta preconcepcional, siguiendo la directriz del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los demás indicadores como el de "EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA", "EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO" Y "DESARROLLO, 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 para el año 2018.

PRODUCTIVIDAD ESE 2018, POR CENTROS DE SALUD

CONSULTAS	MOVIL	EDO SANTOS	GRANJAS	Z-R-NORTE	PALMAS	7 DE AGOSTO	Z-R-ORIENTE	IPC	CANAIMA	ZRSUR	PIC	TOTAL
ENFERMERIA pyp	5.414	6.318	7.603	3.172	11.298	1.469	2.878	14.597	12.021	1.891	41	66.702
MEDICO pyp	6.843	4.593	6.346	1.328	7.263	659	1.140	5.708	9.112	728	0	43.720
TOTAL PYP	12.257	10.911	13.949	4.500	18.561	2.128	4.018	20.305	21.133	2.619	41	110.422
%	11	10	13	4	17	2	4	18	19	2	0	100
razon de p yp -mg	25,0	0,6	0,5	0,5	0,7	0,6	1,0	0,9	0,5	0,9	#DIV/0!	0,7
URGENCIAS	0	0	38.601	39	37.918	0	5	35.413	50.537	1	0	162.515
%	0	0	24	0	23	0	0	22	31	0	0	100
MEDICINA GENERAL	490	16.942	28.943	8.605	24.814	3.512	4.100	21.623	40.957	3.016	0	153.002
%	0	11	19	6	16	2	3	14	27	2	0	100
razon de urg-mg	0	0	1	0	2	0	0	2	1	0	#DIV/0!	1
ODONTOLOGIA	3	2.635	4.524	1.825	5.762	28	624	3.966	4.969	702	0	25.040
Número de citologías cervicovaginales tomadas	1.603	1.424	3.067	934	3.229	380	473	2.947	3.681	566	0	18.305
Número de dosis de biológico aplicadas	283	9.340	11.806	3.685	10.427	2.353	1.842	13.153	17.796	2.870	39	76.851
Número de exámenes de laboratorio	221	26.167	95.167	1.819	69.893	6.222	1.063	59.824	122.229	538	0	383.147
Número de rayos X tomadas	0	8	8.345	57	4.918	2	11	3.655	26.009	5	0	43.010
Número de Ecografías tomadas	0	1	525	0	147	0	0	193	4.760	0	0	5.627

Fuente: Sistemas de información Dinámica RIPS 2018

En el 2018 la producción por tipo de consulta en los diferentes centros de salud muestra que en promoción y prevención el centro de salud del Canaima, IPC y

Palmas, producen cada una 19% y 17%, granjas 13% (13.949). La móvil realiza un número importante de consultas de PyP 12.257. La consulta de PyP. En consulta de urgencias, Canaima registro 31% (50.537) en el año, granjas con el 24% e IPC y palmas con en 22% y 23% respectivamente. No se evidencio cambios en la producción por zona comparado con el 2017. Medicina general un total de 153.002 consultas en el año, Canaima realizo el 27% granjas 19%, palmas 16%, IPC y Eduardo santos entre el 14 y 11%. La razón de medicina general y atención de urgencias, para Granjas y Canaima es 1 esto quiere decir que por cada consulta de medicina general se atiende una urgencia, diferente en el caso de IPC y Palmas la razón es de 2, es decir por una atención de medicina general se atiende 2 urgencias. La razón general para la ESE CEO es de 1 similar a 2017.

En relación a PyP, por cada consulta de medicina general, se realiza 0.7 consultas de PyP en la ESE CEO. Para zona rural oriente es 1, IPC, zona rural sur es de 0.9, Palmas 0,7, siete de agosto y Eduardo santos 0.6, Canaima, zona rural norte y granjas es de 0.5. Esto muestra que se ha mantenido en 0,7 de 2017 a 2018; lo quiere decir que por cada consulta de medicina general 0,7 es de PyP.

MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD – MIAS

Durante la vigencia 2018, el grupo PIC constituido para realizar la caracterización del MIAS, caracterizo 19.030 familias, en el área urbana (16.503) y rural (2.527) del Municipio de Neiva, en las comunas 1, 5, 6, 8 y 9, a los cuales realizaron 895 actividades de promoción y prevención. De igual manera, se realizaron seguimientos a 1.244 familias caracterizadas en el año 2017, a quienes se les realizaron 291 actividades de promoción y prevención.

INDICADORES ASISTENCIALES POR ZONA

OBJETIVO	METAS	INDICADOR	NORTE	ORIENTE	SUR
Mantener el Indicador de Productividad por el medico (PyP, C externa, RCV)	Alcanzar minimo en un 90% el Indicador de Productividad a medicos	Total actividades realizadas (consultas) en un periodo / total actividades (consultas) programadas en un periodo x 100	91%	92%	85%
Mantener el Indicador de Productividad de Enfermería	Alcanzar minimo en un 90% el Indicador de Productividad a Enfermeras	Total actividades realizadas (consultas) en un periodo / total actividades (consultas) programadas en un periodo x 100	91%	87%	104,9%
Mantener el Indicador de Productividad a Odontologos	Alcanzar minimo en un 90% el Indicador de Productividad a Odontologos	Total actividades realizadas (consultas) en un periodo / total actividades (consultas) programadas en un periodo x 100	87%	81%	85,5%
Mantener el Indicador de Rendimiento a medicos y odontologos	Atender (3) usuarios por hora	Total de usuarios atendidos por Medico y Odontologo en un periodo / total horas medico	2,7	2,7	2,3
Mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios	Mantener la satisfacción del usuario por encima del 95%	% de satisfacción del usuario	100%	99%	99%

Fuente: Dinámica. Net. Modulo facturación y RIPS. Formatos de productividad de Médicos y Enfermeras, Encuestas de atención al usuario.

Para el año 2018, la zona Sur reporto la mayor productividad de las Enfermeras con un 104,9%, mientras que la mayor productividad de Médicos, estuvo en la zona Oriente, con un 92% y la de los Odontólogos, en la zona Norte, con el 87%.

En cuanto al indicador de rendimiento de Médicos y Odontólogos, no fue cumplido, en ninguna de las zonas, a pesar de esto, la satisfacción de los usuarios en las tres zonas fue optima, con un 100%, para la zona Norte y un 99% para la zona Oriente y Sur.

GESTION DEL RIESGO (Promoción y Prevención)

El programa de Gestión del riesgo, realizo 2.506.975 actividades de Detección temprana y protección específica, a las EPS-S Comfamiliar, Medimas, Comparta, con quienes se suscribieron contratos, distribuidas de la siguiente manera:

CONSOLIDADO ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA ESE CEO, EN LOS PROGRAMAS DE PYP, AÑO 2018.

ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Nº de ACTIVIDADES REALIZADAS
Educación en Salud	171.355
Visitas domiciliarias	13.474
Salud oral	233.573
Tamizaje visual	5.289
Vacunación	76.851
Citología cervico uterina	19.587
Partos	1.860
Atención a gestantes	1.868.181
Control de crecimiento y desarrollo	83.616
Atención al joven	11.007
Atención al adulto mayor	18.872
Planificación familiar	169.884
TOTAL	2.674.721

Fuente: Dinamica Gerencial.Net; Módulo Facturación Ley 100 – Facturación por servicios PyP 2017- 2018

Se desarrollaron 10 jornadas mensuales de toma de laboratorios para programas de DT y PE en el ámbito rural, como mecanismo para lograr atención integral en dicha población.

Se realizaron 12 jornadas de inserción y retiro de implantes subérmicos.

Se realizaron 160.433 actividades de educación en salud, donde se abordaron temas como hábitos de vida saludable, desestimular el consumo de sustancias psicoactivas, derechos y deberes, en salud oral, convivencia pacífica en el ambiente intrafamiliar, salud en la tercera edad, salud integral de niños y niñas, salud sexual y reproductiva.

Adicionalmente, la entidad desarrollo actividades de Detección Temprana y Protección Específica en población afiliada a otras entidades como los regímenes contributivos de Comfamiliar, Medimas y Comparta, Población en condición de vulnerabilidad no afiliada al sistema de salud (PPNA), así como a entidades como Asmetsalud, AIC, Mallamas, Alianz Salud, Salud Total, Coomeva, Comfamiliar otros departamentos, Famisanar, Compensar, entre otros.

Se identificaron y se atendieron a 57 menores de 5 años, con desnutrición aguda, de los cuales 4 menores fueron derivados hacia la intervención intrahospitalaria, en el nivel complementario y retornaron a la institución para continuar con manejo en el hogar. 19 menores fueron dados de alta del programa de DNT por mejoría, 30 infantes dejaron de asistir al programa, y 8 aún continúan en él.

PROMOCION DE LA SALUD

El programa de Promoción de la Salud, ejecuto sus actividades en el marco de tres estrategias: Demanda Inducida, Brigadas, y seguimientos domiciliarios.

DEMANDA INDUCIDA A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

Para el año 2018, se realizó demanda inducida a los programas de Promoción y prevención, en las comunas 4, 6, 7, 8 y 10, la cual se efectuó bajo dos modalidades. La primera, a través de la realización de brigadas por el equipo básico de salud extramural, previo barrido del barrio por las auxiliares de enfermería extramurales, la segunda, es Agendamiento anticipado de consultas con el personal de salud de unidad móvil (Medico, Enfermera e higienista oral).

Se captaron 12.448 usuarios, a los que se revisaron en base de datos, encontrándose activos 9.608, de los cuales 7.606 personas tenían 7.915

actividades de PyP, pendientes de realizar, de las cuales se programaron 4.790 consultas y se facturaron 3.655, para una efectividad del 76%.

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA AÑO 2018

CONSOLIDADO ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA AÑO 2018																																	
CENTRO DE SALUD	OTROS PROGRAMAS DE PYP	USUARIOS ACTIVOS EN BO	USUARIOS NO BO	USUARIOS PENDIENTES MES ANTERIOR	USUARIOS PENDIENTES POR VERIFICAR MES ACTUAL	TOTAL DE REVISADOS	EFECTIVIDAD REVISADOS EN BASE DE DATOS	USUARIOS PENDIENTES PARA ACT. DE PYP	TOTAL DE ACTIVIDADES PTES A REALIZAR	CITAS ASIGNADAS POR PROGRAMAS											TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES FACTURADAS	EFECTIVIDAD FACTURADAS	CITAS NO ASIGNADAS POR:							REMITIDOS AL CENTRO DE SALUD	LLAMADAS NO EFECTIVA	
										P	N	F	C	Y	D	J	O	V	E	N				A	D	U	L	T	O	Y			I
ENERO	1063	840	223	0	1063	838	84%	432	541	101	38	56	25	39	152	411	319	78%	17	27	16	16	10	22	22	130							
FEBRERO	612	493	119	165	612	635	83%	476	664	52	10	64	20	24	101	271	165	61%	57	38	56	44	47	74	77	393							
MARZO	367	535	432	82	967	1049	100%	185	212	12	135	0	0	20	0	167	130	78%	19	26	10	7	9	6	8	85							
ABRIL	481	358	123	0	481	481	100%	221	253	19	10	20	13	13	45	120	81	68%	15	33	15	26	21	18	31	153							
MAYO	1205	586	619	0	1205	1016	84%	326	361	35	26	52	26	28	102	269	189	70%	14	29	13	14	2	7	13	92							
JUNIO	1035	1035	0	189	1035	944	77%	326	395	29	20	49	24	18	59	199	169	85%	21	27	14	12	18	36	68	196							
JULIO	1335	1335	0	280	1335	1249	77%	1095	867	68	39	75	47	47	236	512	452	88%	30	55	28	43	59	62	78	355							
AGOSTO	1405	1051	354	366	1405	1251	77%	918	949	120	35	102	45	41	268	611	465	76%	38	73	34	29	45	42	77	338							
SEPTIEMBRE	1382	1094	288	520	1382	1229	65%	1129	979	92	48	111	52	46	272	621	478	77%	41	65	30	39	41	35	107	358							
OCTUBRE	1792	1181	611	673	1792	1594	65%	1132	1233	117	46	145	61	59	241	669	458	68%	31	139	67	52	53	42	180	564							
NOVIEMBRE	639	568	71	871	639	1091	72%	655	736	108	37	69	35	35	201	485	421	87%	23	51	20	22	12	30	93	251							
DICIEMBRE	532	532	0	419	532	351	100%	651	725	58	29	66	39	35	228	455	328	72%	36	44	47	27	18	39	59	270							
CONSOLIDADO	12448	3608	2840	3565	12448	12448	78%	7606	7915	611	473	809	387	405	1905	4790	3655	76%	342	607	350	331	335	413	813	3191							

Fuente: Bases de datos de actividades de demanda inducida vigencia 2018.

BRIGADAS

Durante el año 2018, se realizaron brigadas de manera diaria, en las comunas, en los colegios públicos, en los hogares de bienestar y ancianatos de las comunas 1, 4, 5, 6, 7, 8 9, y 10, de acuerdo a programación de la unidad móvil y requerimientos de la comunidad y de entidades o instituciones externas a la ESE Carmen Emilia Ospina. Se realizaron 46.809 actividades de PyP.

CONSOLIDADO PRODUCTIVIDAD BRIGADAS – EQUIPO MÓVIL AÑO 2018

PRODUCTIVIDAD ENERO A DICIEMBRE 2018	
BRIGADAS - EQUIPO UNIDAD MOVIL	
ACTIVIDADES REALIZADAS	CANTIDAD
Agudeza visual	1.794
Citología Cervico Uterina	1.608
Consulta de planificación familiar	6.679

Consultas de adulto	304
Consultas de control prenatal	10
Consultas de crecimiento y desarrollo	1.605
Consultas de joven	3.673
Educación individual salud oral	342
Educación para pacientes canalizados	15.379
Hemoglobina	21
Higiene oral	13.443
Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo [Diu]	14
Laboratorios	78
Métodos planificación familiar	508
Multivitaminicos crecimiento y desarrollo	1.063
Vacunación	288
TOTAL ACTIVIDADES	46.809

Fuente: Dinamica Gerencial.Net; Módulo Facturación

SEGUIMIENTOS DOMICILIARIOS A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

Se realizaron 3.314 actividades de seguimiento a actividades de Promoción y prevención, tales como seguimiento a citologías alteradas no reclamadas (283), Gestantes de alto riesgo obstétrico inasistentes (2.541), gravidez positivos no reclamados (6), e inasistentes de otros programas de PyP, diferentes al CPN (484).

Con las estrategias de demanda inducida y seguimientos domiciliarios, Se educaron a 14.217 usuarios, sobre hábitos de vida saludable, autocuidado e importancia de asistir a los programas de promoción y prevención

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION - PAI

CONSOLIDADO APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS POR CENTROS DE ATENCIÓN EN LA ESE CEO, EN EL AÑO 2018

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI - ENERO A DICIEMBRE- 2018											
VARIABLE	GENERAL	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	RURAL ZONA NORTE	CANAIMA	RURAL ZONA SUR	SIETE AGOSTO	PALMAS	RURAL ZONA ORIENTE	IPC	
Dosis de biológico aplicadas	92.997	14.882	12.067	1.605	22.608	4.997	3.460	15.758	2.264	15.356	
Dosis de biológico aplicadas intrainstitucional	86.183	14.077	10.793	1.598	20.336	4.996	2.631	14.560	2.264	14.928	
Dosis de biológico aplicadas extrainstitucional	6.814	805	1.274	7	2.272	1	829	1.198	0	428	
Vacunacion de gestantes	5261	841	640	33	1395	177	32	1145	39	912	47 dosis Extramural

Fuente: Paiweb, registro diario de vacunación vigencia 2018 y planilla mensual PAI, vigencia 2018.

Para el 2018, en la ESE CEO, se aplicaron un total 92.997 dosis de biológicos a la población que acudió a los diferentes centros de salud del área urbana y rural (10 centros), cumpliendo con la vacunación sin barreras,

(86.183 dosis Intra-institucionales) y a la comunidad captada en el área extramural casa a casa (6.814 dosis extra-institucionales).

Se aplicaron un total de 5261 dosis de Td y DpaT Acelular para las mujeres gestantes.

CONSOLIDADO COBERTURA DE LA APLICACIÓN BIOLÓGICOS EN LA ESE CEO, EN EL AÑO 2018

CONSOLIDADO DE COBERTURAS VACUNACION 2018																																		
MENORES 1 AÑO		ESE CARMEN EMILIA OSPINA																																
NIÑOS DE 1 AÑO																																		
NIÑOS DE 5 AÑO																																		
ESE CEO	MENOR DE 1 AÑO														1 AÑO						1 REFUERZO				2 REFUERZO 5 AÑOS									
	3º DOSIS VOP		3º DOSIS PENTAVALENTE								2º DOSIS ROTAVIRUS		2º DOSIS NEUMOCOCO		TV		VARICELA		HA		RF NEUMOCOCO		FA		1 RF POLIO		1 RF DPT		2 RF POLIO		2 RF DPT		RF TV	
			DPT		HB		Hib		BCG																									
	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%				
	2659	123%	2661	123%	2661	123%	2661	123%	42	1,94%	2682	124%	2742	127%	2835	107%	2802	106%	2846	111%	2789	105%	2696	102%	2879	109%	2879	109%	2919	92%	2919	92%	2919	92%

Fuente: Paiweb y registro diario de vacunación y planilla mensual PAI, vigencia 2018

El Programa ampliado de inmunización cumplió y supero la meta establecida para la administración de biológicos trazadores, siendo la meta propuesta 95% para el esquema de vacunación.

La ESE cumplió con el 123%, 124%, 107%, 109%, 92% y en la aplicación de estos biológicos, relacionados a continuación:

En menores de 1 año se cumplió con el 123% de la meta, con la aplicación de 2659 dosis de Pentavalente (DPT, HB, Hib) y con el 124% para la administración de la vacuna del ROTAVIRUS y NEUMOCOCO, con un promedio de 5424 dosis administradas.

Para la vacunación de los niños de 1 años de edad, se cumplió con un 107%, con la aplicación del biológico de la Triple viral, con 2835 dosis administradas.

Se aplicaron 5575 dosis de primeros refuerzos de POLIO y DPT, lo que equivale a un cumplimiento del 109%.

Se cumplió con el 92% para la vacunación de los niños mayores de 5 años, es decir, se aplicaron 8757 dosis de biológicos de segundos refuerzos para POLIO, DPT y primer refuerzo para TV.

Se coordinó y se apoyó el desarrollo de las jornadas de vacunación estipuladas por el Ministerio de Salud y la protección Social, en los meses de enero, abril, julio y octubre.

El 100% del personal del área de vacunación fue certificado por el SENA, en competencia laboral.

Se entregaron Vacunas y sueros Antirrábicos a los cuatro centros de Urgencias de la ESE CEO, junto con termos y paquetes fríos para refrigerar y garantizar la cadena de frío.

Se aplicaron 90 dosis de la vacuna de Sarampión-Rubeola, al personal de Urgencias de las diferentes sedes y 128 dosis de la vacuna de influenza estacional.

Se adquirieron todos los elementos de la red de frío requeridos por el programa, gestionado con la Gerencia de la ESE CEO en el año 2017 (Cajas Térmicas, Congelador Para Paquetes Fríos, Termos, Termómetros De Máximas Y Mínimas, Carro Para Transporte De Cajas Térmicas, Estanterías Plásticas).

Se continuo con el monitoreo satelital para la toma de la temperatura para los contenedores de biológicos, lo cual permite garantizar la cadena de frío de los biológicos, así como de la disminución de pérdidas por las fluctuaciones de temperatura.

Se realizó seguimiento mensual al cumplimiento de coberturas en los diferentes centros de atención y grupo extramural, a las cohortes de recién nacidos de acuerdo a los lineamientos nacionales, al sistema de información de lo vacunado/vs / lo digitado Paiweb y a la calidad del dato en los diferentes centros de atención y grupo extramural.

ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA

Resultados de avances en la estrategia IAMII en la operativización de los 10 pasos de la estrategia en la ESE Carmen Emilia Ospina sede hospital de Canaima escogido para proceso de pre- evaluación y certificación IAMII.

CONSOLIDADO CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA IAMII ESE CEO AÑO 2018

DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

NOMBRE DE LA INSTITUCION DE SALUD Y NIVEL COMPLEJIDAD	ESE CARMEN EMILIA OSPINA SEDE CANAIMA					NIVEL DE COMPLEJIDAD	NIVEL 1				
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PASOS IAMII 2018											
FECHA DE MEDICION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RESULTADOS
PRIMER TRIMESTRE	83%	66%	86%	50%	66%	70%	70%	73%	78%	66%	70%
SEGUNDO TRIMESTRE	83%	77%	86%	50%	66%	70%	72%	73%	78%	66%	71%
TERCER TRIMESTRE	83%	88%	86%	50%	73%	75%	83%	78%	89%	78%	78%
CUARTO TRIMESTRE	83%	88%	86%	50%	73%	75%	83%	78%	89%	78%	78%

Fuente: formatos de autoevaluación vigencia 2018.

Convenciones	Puntaje	80 - 100%		Puntaje	60 - 80%		Puntaje	-60%	
--------------	---------	-----------	--	---------	----------	--	---------	------	--

Los resultados obtenidos muestran que la valoración de la autoapreciación de los indicadores de cada uno de los pasos alcanzó un 78.3% de cumplimiento frente a la meta trazada para el año 2018 que fue del 80%. Frente a la capacitación al personal a nivel institucional, en IAMII, se obtuvo un cumplimiento del 80.6%.

Se atendieron 3.055 gestantes primera vez en control prenatal en el periodo enero a diciembre de 2018, las cuales pertenecen a todos los niveles de aseguramiento, sin restringir la atención a la población subsidiada.

Se realizó el curso de preparación para la maternidad y paternidad, a 2.350 usuarias gestantes, de manera semanal en los centros de atención de Canaima, Palmas, IPC, Granjas, Eduardo Santos, Fortalecillas y Caguán, liderado por equipo interdisciplinario de Enfermera, Fisioterapeuta y Psicóloga

Se realizaron 2.773 asesorías de riesgo psicosocial, y 3.129 asesorías para prueba voluntaria de VIH y SIDA, a la población gestante.

En el año 2018 la estrategia Gen Cero en convenio con la ESE Carmen Emilia Ospina contó con una cobertura de 100 familias de las diferentes comunas de la ciudad de Neiva a quienes se 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 del 2019.

BENEFICIARIAS ESTRATEGIA GEN CERO, EN LA ESE CEO, AÑO 2018

BENEFICIARIAS	NUMERO
GESTANTES	15
NIÑOS LACTANTES	85

TOTAL

100 familias

Fuente: Estrategia Gen Cero vigencia 2018.

Durante el año 2018 se habilitaron 3 salas de lactancia materna distribuida en los centros de atención de Canaima, IPC y Granjas.

En el servicio de salud amigable para adolescentes y jóvenes, el cual está en funcionamiento en la Sede de Granjas, fueron atendidos 4.100 adolescentes, por el personal de psicólogos de la ESE, en actividades que incluyen talleres, charlas educativas, asesorías individuales y actividades lúdicas.

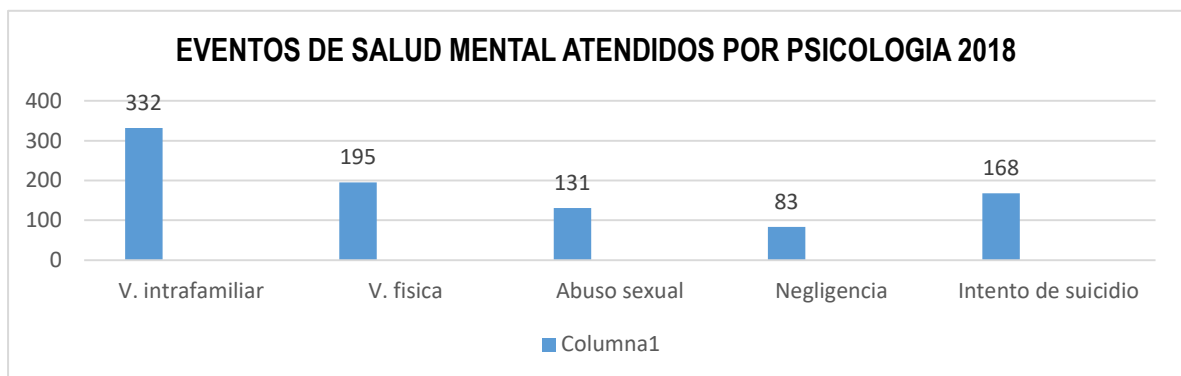
Para el año 2018 se entrenaron a 41 madres comunitarias modalidad FAMI para la conformación de los grupos de apoyo comunitario.

Se logró consolidar 1 grupo de apoyo en lactancia materna de la comuna 6, y para la sede Canaima, el cual está constituido por 14 madres habitantes de este comuna.

SALUD MENTAL

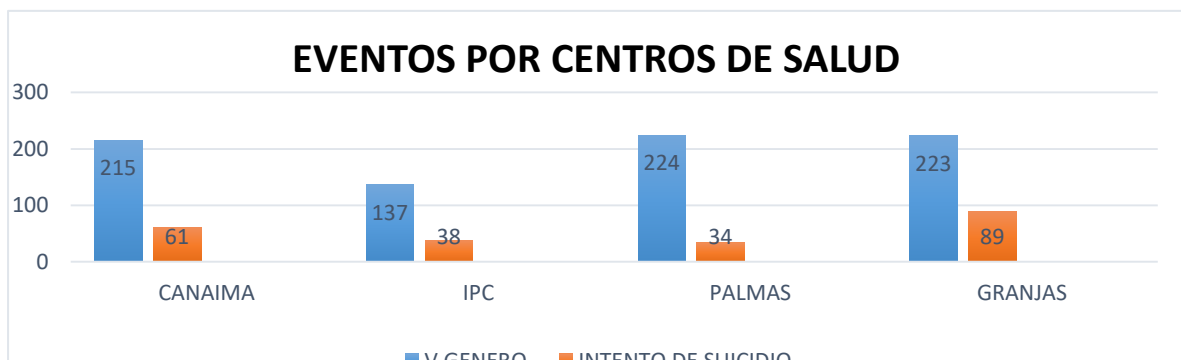
Durante el año 2018, se atendieron 1.021 casos de salud mental, presentados en los servicios de urgencias, de los cuales 909 (89%) fueron valorados por psicología antes de ser remitidos.

CONSOLIDADO DE EVENTOS DE SALUD MENTAL ATENDIDOS POR PSICOLOGOS DE LA ESE CEO, EN EL AÑO 2018



Fuente: Dinámica. Net, módulos facturación y Registros únicos individuales

CONSOLIDADO DE EVENTOS DE SALUD MENTAL ATENDIDOS POR PSICOLOGOS DE LA ESE CEO, EN EL AÑO 2018, POR CENTRO DE ATENCION.



Fuente: Dinámica. Net, módulos facturación y Registros únicos individuales

Los Psicólogos, realizaron actividades educativas en la comunidad, acerca de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, convivencia pacífica y pautas de crianza, con una cobertura de 6.272 usuarios educados.

RIESGO CARDIOVASCULAR

TOTAL DE POBLACIÓN EN EL PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR

VARIABLE	TOTAL
Prevalencia de HTA ESE CEO x100	8,47%
Población con Hipertensión Arterial	8313
Prevalencia de DM ESE CEO x100	2,53%
Población con Diabetes Mellitus	2481
Total de inscritos en el Programa RCV	9749
Total de usuarios Activos en el Programa RCV	4896

Fuente: Dinámica gerencial ESE Carmen Emilia Ospina. Base de datos de Facturación. Base de datos de afiliados.

El Programa Riesgo Cardiovascular de la ESE CEO, cuenta con un total 9.749 inscritos; el 66,92% (6524) de la población son mujeres y el restante 33,08% (3225), hombres. En cuanto a las patologías, el 74,15% corresponden a usuarios con Hipertensión arterial, el 13,60% a usuarios con Hipertensión y Diabetes Mellitus, y el 12,25% corresponde a usuarios con Diabetes Mellitus. Con respecto a la distribución de Riesgo Cardiovascular, el 55,25% corresponde a riesgo Moderado, seguido de 22,94% riesgo bajo, el 19,00% corresponde al riesgo alto, y el 2,82% equivale a riesgo muy alto.

DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS EN EL PROGRAMA RCV

TIPO DE CONSULTA	TOTAL
Total consulta médica Primera vez	2.084
Total consulta control por medico	19.382

Total consulta control por Enfermería	2.148
Total de usuarios asistentes a Control Grupal	1.348

Fuente: Base de datos de Facturación ESE CEO

Durante el año 2018, se atendieron 2084 consultas médicas de Primera vez, 19.382 consultas de control por médico general, 2148 consultas de control por Enfermería, se hicieron un total de sesiones 127 educativas (controles grupales) con un total 1348 de beneficiarios.

INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus reportado	Número total esperado de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus *100	2.481/3.445 = 72,01%
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial reportado	Número total esperado de pacientes entre 18 a 69 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial *100	8.313/22.380 = 37,14 %

Fuente: Resolución 256 de 2016. Indicadores de Calidad. Base de datos de Seguimiento Programa Riesgo Cardiovascular.

En cuanto la captación de usuarios con condiciones crónicas (Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus), de acuerdo con los datos del total de la población afiliada en la ESE Carmen Emilia entre 18 a 69 años (98.158), el porcentaje de captación de Hipertensión arterial en pacientes fue de 37,14% y el porcentaje de captación de diabetes Mellitus fue de 72,1%.

Para la captación de usuarios Hipertensos se realizaron las siguientes actividades: Toma casual de tensión arterial, por las Auxiliares de los diferentes centros de salud de la ESE (9.592), Afinamiento, toma de tensión 7 días (1378). Para la captación de Diabetes Mellitus, se aplicaron (4.740) test de findrisk (test de tamizaje para DM), se tomaron 33.788 Glicemias Pre y post.

Para analizar la adherencia de los pacientes al programa Riesgo Cardiovascular, se obtuvo que, de los usuarios inscritos en el programa, 5.442 hipertensos (65.46%) presentaron cifras tensionales controladas, por debajo de 140/90mmHg en el último semestre, y 395 diabéticos (15,92%), tuvieron una hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses.

Con el objetivo de aumentar la cobertura en exámenes de laboratorio en el área rural, para el cumplimiento de metas en el Programa de Riesgo Cardiovascular, de acuerdo a la resolución 2463 del 2014 de la Cuenta de alto costo para enfermedades precursoras de ERC, se realizaron un total de 9 brigadas, con un

total de 711 beneficiarios, en los centros de salud, del área rural de la ESE CEO (Vegalarga, San Luis, San Antonio, Palacios, Fortalecillas y Caguan).

A través de la incorporación de la fisioterapeuta a la Institución, se realizó prescripción del ejercicio y seguimiento a población con obesidad y sobrepeso, así mismo se apoyo a la realización de controles grupales de pacientes crónicos, curso psicoprofilactico a gestantes, y curso de estimulación temprana, el total de usuarios atendidos por fisioterapeuta desde junio a diciembre del 2018, fue de 3279 usuarios.

Se coordinó con la EPSS Comfamiliar la realización de toma de laboratorios en los diferentes centros de salud del área urbana, para garantizar la accesibilidad de los usuarios con enfermedades precursoras de Enfermedad Renal crónica, a la toma de la hemoglobina glicosilada, microalbuminuria y creatinuria. Con la EPSS comparta se logró la articulación con el laboratorio Colcan, para que los profesionales accedan por medio de link, a consultar los resultados de laboratorios.

Con apoyo de las TICS, se incorporó la identificación del riesgo cardiovascular dentro de la verificación de usuarios en INTRANET; así mismo, se realizaron lineamientos sobre la periodicidad de controles para enfermería, y se definieron las actividades administrativas por centro de salud, en cuanto el seguimiento de inasistentes y glicemias alteradas en el Programa Riesgo Cardiovascular.

Se publicó, con el apoyo del área de calidad, en el mapa de procesos, los siguientes documentos de apoyo para garantizar el manejo del EPOC, Guía de práctica clínica de EPOC, Anexo Educativo uso de Oxígeno, uso de inhaladores, de uso e interpretación de la oximetría de pulso, y de uso e interpretación de espirometria, Anexo de recomendaciones de actividad Física, Anexo de protocolo de caminata de seis minutos y el Anexo de evaluación de autocuidado.

Se realizó el diseño de la "Cartilla de Auto cuidado para el control de la hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus" con el objetivo de mejorar la adherencia de los usuarios al Programa Riesgo cardiovascular, en total se distribuyeron 1050 cartillas en los diferentes centros de atención urbanos y rurales, para ser entregadas en la consulta de enfermería, y lograr en los usuarios, mejorar las prácticas de auto cuidado.

Se realizó 4 campañas para la celebración de los días mundiales, mediante estrategias de IEC, dirigidas para el cliente interno y externo de la institución, en donde se conmemoro día mundial del riñón (12 de marzo), el día mundial de la hipertensión (17 de Mayo), la Semana de Hábitos de Vida Saludable, (24 al 30 de septiembre), en donde se coordinó el concurso "Mi oficina cocina mejor", y se celebró el Día mundial de la diabetes (11 de noviembre).

Por medio del apoyo de la Secretaria de Salud Municipal, los laboratorios farmacéuticos Novo Nordis y Sanofi se programaron 5 capacitaciones, dirigidos al personal asistencial, para fortalecer el conocimiento en el manejo de Enfermedades no trasmisibles, los temas fueron los siguientes: Prescripción del ejercicio y de la nutrición, Hábitos de vida saludable, Accidente cerebro vascular, Guías Golden para manejo del EPOC, Guías de práctica Clínica de diabetes Mellitus, taller de insulinización, Manejo de las complicaciones de la Diabetes Mellitus en urgencias.

Se realizó un total de 10 capacitaciones, sobre la Ruta integral de alteraciones cardiovasculares, diligenciamiento correcto de historias clínicas, manejo del glucómetro, socialización de indicadores del programa de riesgo cardiovascular, ruta para toma de laboratorios en el programa riesgo cardiovascular, Socialización de la estrategia Conoce tu riesgo peso saludable, socialización de hallazgos de auditorías de historias clínicas, taller de toma de tensión arterial y test de findrisk.

SERVICIO DE FARMACIA

CONSOLIDADO INDICADORES DE FARMACIA PARA EL AÑO 2018

INDICADOR	META	RESULTADO
Oportunidad en la entrega de medicamentos Pendientes	24 horas	141 horas
Eficiencia en la entrega de medicamentos formulados	98%	99%
Efectividad. Satisfacción del Usuario de farmacia	95%	99%

Fuente: Registro diario de farmacia y encuestas de satisfacción, vigencia 2018.

Para el año 2018, la satisfacción del usuario que accede al servicio de farmacia fue del 99%, superándose la meta del 95% y mejorando el cumplimiento con respecto al año anterior, en un 3%.

La eficiencia en la entrega de medicamentos formulados fue del 99%, alcanzando la meta propuesta, lo que significa que se entregaron 15.327.979 de medicamentos POS, frente a 15.464.172 medicamentos POS solicitados.

En cuanto a la oportunidad en la entrega de medicamentos pendientes, no se logró cumplir la meta, debido a que se obtuvo un resultado de 141 horas (5,8días), cuando el tiempo máximo era de 24 horas.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El sistema de referencia y contrareferencia - CR permite a los usuarios a través de procedimientos administrativos acceder a atención complementaria y/o ayudas diagnósticas. Se generan desde el servicio de Consulta externa en el que el usuario es el encargado de la gestión de la misma ante la EAPB y desde

el servicio de Urgencias y hospitalización que son gestionadas por personal institucional desde la oficina de referencia y CR y que incluye el traslado a la red complementaria en salud.

CONSOLIDADO REMISIONES GENERADAS EN LA ESE CEO - AÑO 2018

REMISIONES GENERADAS EN LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA DESDE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACION. AÑO 2018	
Servicio generador de la remisión	Total año 2018
Consulta externa	31907
Urgencias	7365
Hospitalización	132
TOTAL	39404

Fuente: Registro diario de remisiones, vigencia 2018.

El 81% de las remisiones fueron generadas en el área de Consulta Externa, el 19% desde el servicio de Urgencias y Hospitalización (7497) y gestionadas desde la ESE CEO. 6418 remisiones fueron aceptadas. 1963 remisiones no fueron aceptadas, a razón de que los usuarios firmaron retiro voluntario antes de lograrse aceptación, mejoría, fuga o fallecimiento. De ellas 1079 usuarios se trasladaron como Urgencia pese a no respuesta positiva.

En relación a las especialidades solicitadas el 47% corresponde a especialidades básicas y el 53% a otras especialidades o subespecialidades como Psiquiatría, Oftalmología, urología, fisioterapia entre otras.

CLASIFICACION DE REMISIONES REALIZADAS EN ESE CEO, AÑO 2018

REMISIONES POR ESPECIALIDAD SOLICITADA. AÑO 2018		REMISIONES POR GRUPO ETARIO. AÑO 2018	
Especialidad Solicitada	Total de remisiones	Grupo etario	Total de remisiones
Otras Especialidades	21018	28-59 años	14497
Medicina Interna	6367	mayor 60 años	10403
Pediatría	3148	19-27 años	5535
Cirugía General	2473	12-18 años	3544
Ortopedia	2103	6-11 años	2183
Gineco Obstetricia	4295	0-5 años	3242
TOTAL	39404	TOTAL	39404

Fuente: Registro diario de remisiones, vigencia 2018

Según grupo etario el 37% de los usuarios remitidos tenían edades comprendidas entre los 28 y 59 años, seguidos por usuarios mayores de 60 años (26%).

En relación al régimen de afiliación el 96% (37827) de las remisiones a usuarios del régimen Subsidiado y solo el 1% a PPNA (398). En menor proporción se remitieron usuarios del régimen contributivo, Especial y SOAT.

Se coordinaron y realizaron 14.510 traslados internos y externos en Ambulancias TAB de la ESE CEO, 53% a nivel complementario y 46% de traslados internos (entre sedes de la ESE para apoyo diagnóstico u hospitalización).

CONSOLIDADO TRASLADOS EN AMBULANCIA REALIZADOS, AÑO 2018

TRASLADOS EN AMBULANCIA REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2018	
Motivo del traslados	Total año
Hospitalización	897
Interconsulta	230
Remisión	6613
Ayudas diagnosticas (Rx - Ecografías)	5612
Urgencia vital	1079
UV extramural y/ traslados a domicilios	67
Contrareferencia	12
TOTAL	14510

Fuente: Fuente: Registro diario de traslados, vigencia 2018

Las IPS de red complementaria que aceptaron remisiones fueron: Hospital Universitario Hernando Moncaleano, Clínica Uros, Clínica Emcosalud, Clínica COVEN, Clínica Bello Horizonte, Clínica Esimed y Clínica Medilaser entre otros.

TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO- SIAU



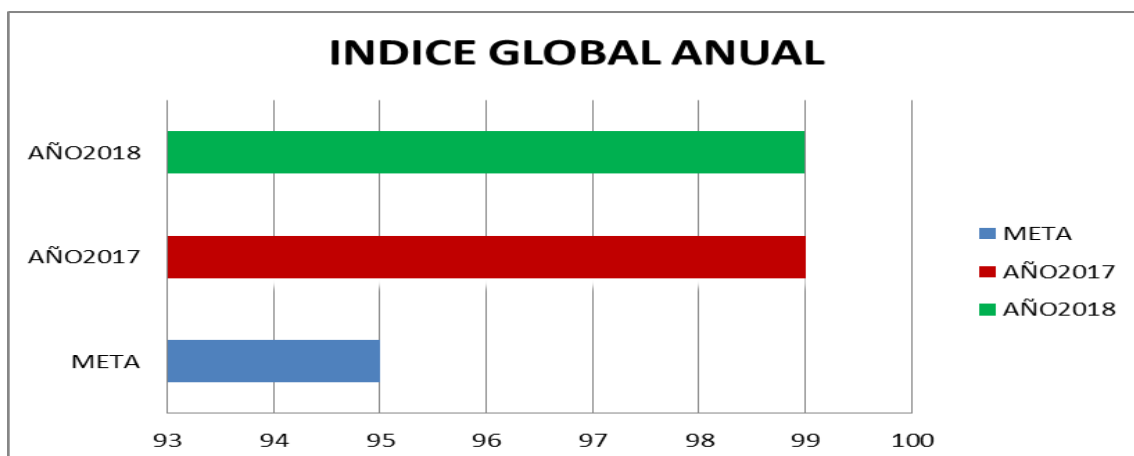
TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO

Los objetivos del grupo de atención al ciudadano están enmarcados dentro de lo siguiente:

- ✓ Orientar, Capacitar e Informar a los usuarios para que la prestación del servicio este soportada en los tres componentes de “Excelencia” eficiencia, eficacia y efectividad.
- ✓ Desarrollar la política de humanización mediante estrategias comunicativas y capacitaciones que faciliten la interiorización en los funcionarios de la ESE CEO para lograr en la Institución servicios humanos de salud.
- ✓ 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.
- ✓ Ayudar a gestionar de manera efectiva las necesidades de los usuarios con relación a sus requerimientos de salud.
- ✓ Mayor participación y vinculación activa del usuario en la solución de sus propias necesidades.
- ✓ Comprender las verdaderas necesidades y expectativas del usuario.

De igual manera, el centro de orientación al ciudadano brinda de manera oportuna a los usuarios la información confiable y actualizada de todos los servicios de salud ofertados por nuestra institución, además de permitir de manera anticipada la cancelación de citas cuando el paciente no pueda asistir a la misma, permitiendo así la reasignación de la cita mejorando la cobertura y oportunidad para la comunidad.

TRANSPARENCIA



En el año 2017 el índice de satisfacción global en la E.S.E. CEO fue del 99% y 2018 los niveles se encuentran en el 99% de satisfacción manteniéndose el mejoramiento de responsabilidad y sentido de pertenencia del recurso humano al prestar los servicios a los usuarios con calidad, oportunidad, confiabilidad, amabilidad, y de manera efectiva, digna y tolerante.

**INDICE DE SATISFACCION POR SERVICIOS BRINDADOS POR LA ESE
CARMEN EMILIA OSPINA**

SERVICIO	TOTAL
ATENCION PARTOS	100%
AMBULANCIA	100%
LABORATORIO	99%
HOSPITALIZACION	100%
HIPERTENSION	100%
URGENCIAS	98%
SERVICIOS GRALES	100%
ECOGRAFIAS	100%
FARMACIA	98%
ODONTOLOGIA	98%
MEDICINA GENERAL	99%
ARCHIVO	100%
FACTURACION	98%
RX	100%
PYP	100%

El índice de satisfacción que se ve reflejado en cada uno de los servicios se debe a las encuestas realizadas en los centros de salud por las auxiliares administrativas de atención al usuario. Estas encuestas son distribuidas de la siguiente manera:

CENTROS DE SALUD	NUMERO DE ENCUESTAS
CANAIMA	500
IPC	500
GRANJAS	500
EDUARDO SANTOS	350
PALMAS	500
SIETE DE AGOSTO	300

Para un total de 2650 encuestas mensuales.

CAPACITACIONES REALIZADAS POR EL SIAU

MES	AÑO 2017	AÑO 2018
ENERO	1138	1124
FEBRERO	1466	1123
MARZO	1474	1062
ABRIL	1399	1101
MAYO	1506	1004
JUNIO	1505	1072
JULIO	1462	1292
AGOSTO	1230	1365
SEPTIEMBRE	1249	1365
OCTUBRE	1234	1217
NOVIEMBRE	1233	1169
DICIEMBRE	1153	1169
TOTAL	16049	14063

Durante el año 2017 se capacito un total de 16049 usuarios en la ESE CEO Para el año 2018 se capacito un total de 14063 usuarios.

BUZONES

Los buzones son mecanismo en las cuales nuestros usuarios pueden expresar sus inconformidades ya sean quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones por medio escrito dejándolos depositados. En cada centro de salud se establecieron 2 buzones y se encuentran ubicados en el área de consulta externa y servicio de urgencias.

Todos los lunes a las 8:00 de la mañana en presencia de integrantes de las agremiaciones de usuarios de la ESE Carmen Emilia Ospina y de las auxiliares de atención al usuario se realiza la apertura de los buzones, dejando por escrito en un formato las quejas, reclamos o sugerencias de cada uno de nuestros usuarios que se encuentren allí.

Estas manifestaciones son recepcionadas por la coordinadora de atención al usuario quien se encarga de enviar a cada uno de los jefes de zonas las debidas inconformidades o felicitaciones para que se les realice el debido seguimiento y luego darles una respuesta a los usuarios, en el transcurso de 15 días calendario. (Manifestaciones que se han contestado oportunamente dentro de los 15 días.) En el transcurso del año 2018 se reportaron 580 quejas, reclamos, sugerencias.

CENTROS DE SALUD	P.Q.R.S REPORTADAS
CANAIAMA	167
IPC	33
GRANJAS	182
EDUARDO SANTOS	17
PALMAS	126
SIETE DE AGOSTO	50
VEGALARGA	2
CAGUAN	2
SAN LUIS	1

LÍNEA AMIGA

La línea amiga 8632828 es un medio de comunicación conformado por 30 líneas telefónicas donde nuestros usuarios son escuchados para la solicitud de citas médicas, odontológicas y de promoción y prevención; estas citas son asignadas por un grupo de 9 agentes capacitados para recepcionar toda clase de peticiones, sugerencias o inconformidades que manifiesten nuestros usuarios.

MES	EXITOSAS	ABANDONADAS
ENERO	27963	4147
FEBRERO	31823	2607
MARZO	27074	2599
ABRIL	30726	2619
MAYO	30653	2187
JUNIO	21314	2422
JULIO	26447	2795
AGOSTO	29451	2674
SEPTIEMBRE	28497	1815
OCTUBRE	32058	2064
NOVIEMBRE	27299	1489
DICIEMBRE	19261	1205
TOTAL	332566	28623

En el año 2018 se recibieron un total de **361106** llamadas, de las cuales el 92% fueron exitosas y el 8% restante corresponden a abandonadas, hasta el momento se mantienen las 30 líneas disponibles.

ATENCIÓN AL USUARIO

Este mecanismo es un método presencial donde nuestros usuarios pueden acudir sin ningún inconveniente a las oficinas de los diferentes centros de salud; allí permanece una auxiliar administrativa quien está capacitada para direccionar, capacitar, orientar y solucionar las inquietudes de los usuarios, dando manejo al área preferencial como son: Embarazadas, adulto mayor, discapacitados y niños entre otros.

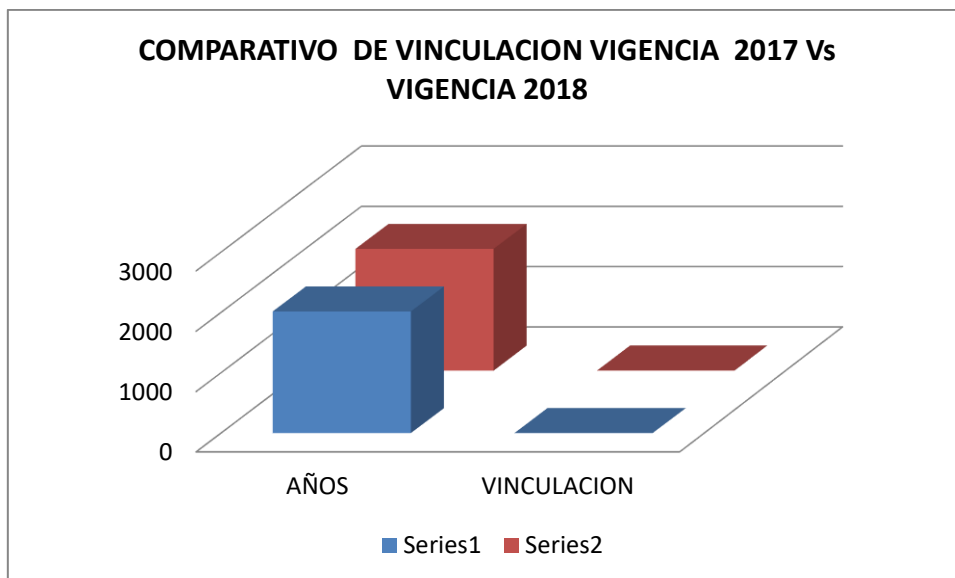
GESTION DEL TALENTO HUMANO



DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE TALENTO AÑO 2018

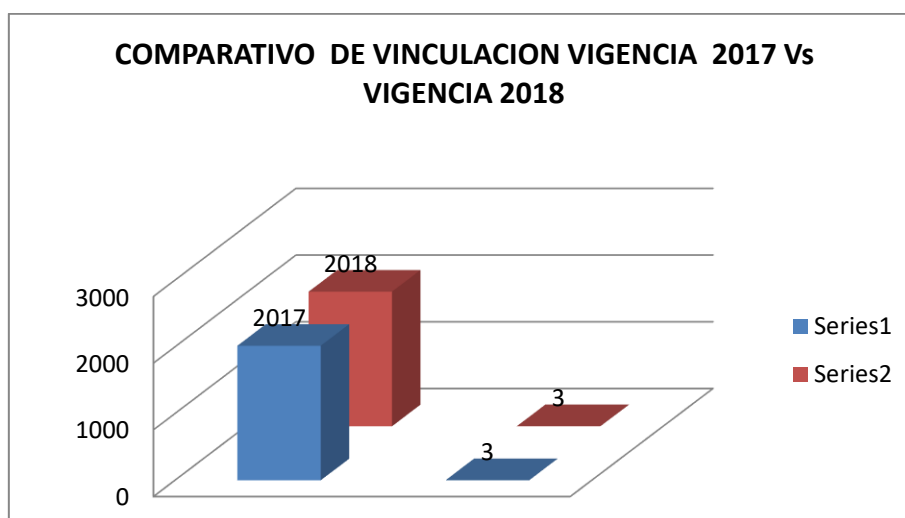
En la vigencia 2018 se realizó la selección, vinculación y desvinculación de personal de planta, provisional y funcionarios independientes.

RELACION DE PERSONAL VINCULACION				
Nº	NOMBRE	Nº CEDULA	CARGO	FECHA DE VINCULACION
1	LUZ ANGELA NARVAEZ CERQUERA	1.075.220.893	SUBGERENTE	18/9/2018
2	FRANCY MILENA ALVARADO AVILA	55.178.781	ALMACENISTA	24/9/18
3	CLAUDIA INES GARCIA NINCO	36.178.670	AUX AREA SALUD	10/7/18
4	GUILLERMO BONILLA ESCOBAR	4.919.758	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	1/2/18



Fuente historia laborales

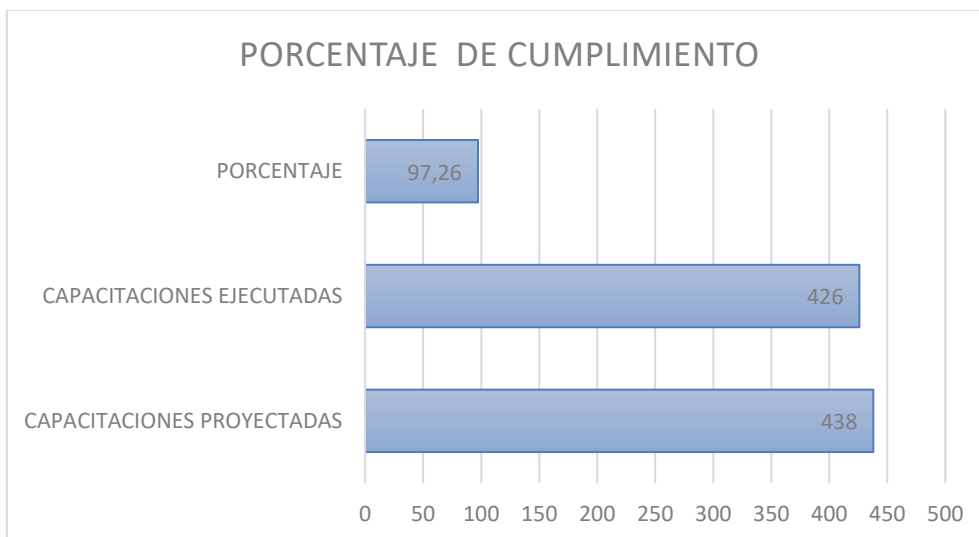
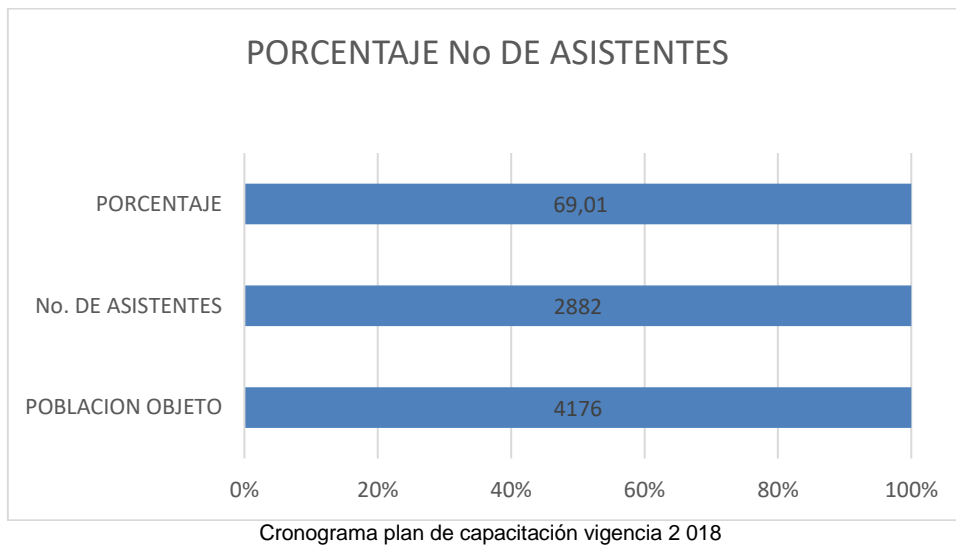
RELACION DE PERSONAL DESVINCULACION				
N°	NOMBRE	N° CEDULA	CARGO	FECHA DE DESVINCULACION
1.	LUZ ANGELA NARVAEZ CERQUERA	1.075.220.893	ALMACENISTA	17/9/2018
2	JHON GABRIEL QUIMBAYA POLANIA	7.731.579	MEDICO GENERAL (4HORAS)	12/2/18
3.	MARIA JANNETH CADENA PEÑA	55.154.988	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	31/1/18

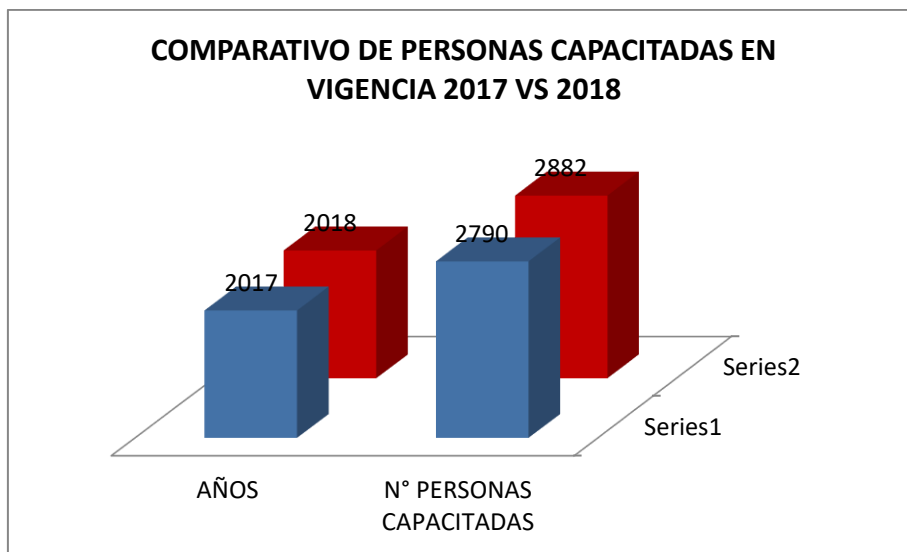


Fuente historia laborales

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION:

El plan institucional de capacitaciones (PIC) es una herramienta para fomentar y desarrollar en los servidores las destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales, con miras a proporcionar su eficacia personal, grupal y organizacional, de manera que posibilite el desarrollo profesional y técnico en las áreas administrativas y asistenciales como servidores públicos, como fin, el mejoramiento en la prestación de los servicios de la institución. Durante el desarrollo del Plan Institucional de Capacitación se evidencio la participación de 2.882 servidores públicos y contratista de la E.S.E. C.E.O, dando así cumplimiento al plan en un 97%.



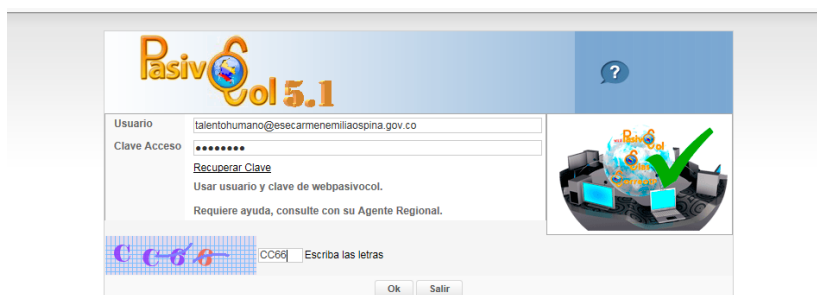


OTRAS GESTIONES REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2018: El área de Talento realiza conciliación de aportes parafiscales: SENA, ICBF, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR, de vigencias de los 2012-2016.

CORRECCION DE SANEAMIENTO: Se realiza la corrección de aportes con la administradora de pensiones Colpensiones la cual se pasó de la deuda Presunta de ciento Treinta seis Millones de Pesos (136.000.000) a Un millón doscientos setenta y cuatro mil cuatrocientos (1.274.400)

CONSTRUCCION DE BASE DE DATOS DE PASIVOCOL VERSION 5.1: El área de talento Humano para vigencia 2018, presenta al Ministerio de Hacienda y crédito Público la base de datos de los funcionarios dependientes activos y retiros con corte a 31 de Diciembre 2017.

EI PASIVOCOL es una herramienta de cálculo, como apoyo en el proceso de cruce y pago de cuotas partes futuras y vencidas a través del FONPET.



IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE BIOMETRIA: La ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con la línea de productos Green Label de alta gama orientada a proyectos corporativos. Hecha con un diseño Moderno de Hardware y Firmware

que son el complemento ideal para la última plataforma basada en la web de ZKteco que proporciona una solución para la gestión de tiempo y asistencia y la seguridad biométrica (controles de acceso), por un valor de **Sesenta millones quinientos catorce mil cuatrocientos setenta y cinco (\$60.514.475,00)**.

IMPLEMENTACIÓN DEL SIGEP: Es un Sistema de Información y Gestión del Empleo Público al servicio de la administración pública y de los ciudadanos. Contiene información de carácter institucional tanto nacional como territorial. En la actualidad se encuentra con un cumplimiento 60%.

VALIDACION DEL SARLF DE LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA: El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo se compone de dos fases: la primera corresponde a la prevención del riesgo y cuyo objetivo es prevenir que se introduzcan al sistema financiero recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos. El área de Talento Humano en la vigencia 2018, realizó la consulta de todos los funcionarios de dependientes con un cumplimiento del 100%

CONVENIOS DOCENCIA SERVICIOS

Durante la vigencia 2018 realizaron prácticas formativas en salud las instituciones educativas con las que se tiene convenio. Como novedad se actualizó y firmó Convenio Docencia Servicios Universidad Antonio Nariño con la que ya se tenía vigente un convenio de colaboración académica cuyo propósito es abrir un programa de Enfermería para ofrecer en la región encontrándose en trámite la obtención del registro calificado por parte del CONACES.

UNIVERSIDADES:

- ✓ Universidad Surcolombiana: con programas de pregrado de Medicina, Enfermería y postgrado de Pediatría y Cuidado Nefrológico y Urológico de La Facultad de salud.
- ✓ Fundación Universitaria Navarra: Medicina, Enfermería y Técnico en Radiología e Imágenes Diagnósticas.
- ✓ Fundación Universitaria María Cano: Fisioterapia y en proceso de Registro Calificado para Fonoaudiología.
- ✓ Universidad Antonio Nariño. Enfermería en proceso de tener registro calificado.

INSTITUCIONES DE FORMACION TECNICA Y TECNOLOGICA:

- ✓ Centro de estudios avanzados en salud Navarra EU (No se tiene estudiantes)
- ✓ Fundación Santa Paula: Auxiliar en Enfermería (No se tiene estudiantes)
- ✓ Centro empresarial en salud Cesalud: Técnico en Auxiliar Administrativo en Salud y Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en salud oral y Auxiliar de Servicios Farmacéuticos.
- ✓ Escuela de Formación Cruz Roja: Auxiliar en Enfermería
- ✓ Escuela de Formación San Pedro Claver: Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Salud oral y Auxiliar de farmacia.
- ✓ Escuela de Formación Atanasio Girardot: Auxiliar de Enfermería
- ✓ Servicio Nacional de Aprendizaje Sena Regional Huila: Técnico en Salud Pública.

PARTICIPACION DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA EN LA FORMACION DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

INSTITUCION EDUCATIVA	PROGRAMA	ASIGNATURA	Nº DE ESTUDIANTES
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA	MEDICINA	Pediatría	76
		Ginecología	65
		Medina familiar	70
		internado	25
		Esp. Pediatría	13
	ENFERMERIA	Bases Conceptuales	82
		Patologías Crónicas	59
		Adulto 1	40
		Adulto 2	52
		Madre Niño Adolescente	60
		Administración De Enfermería	32
	PSICOLOGIA	Práctica Profesional	4
UNINAVARRA	MEDICINA	APS	212
		Medina Familiar	34
	ENFERMERIA	APS	100
	TECNOLOGIA, RADIOLOGIA E IMÁGENES	Imagenología Simple	10
FUND. MARIA CANO	FISIOTERAPIA	NA	27
SENA	TECNICO AUX ENFERMERIA	NA	25
CESALUD	AUX ENFERMERIA	NA	212
	AUX. FARMACIA		54
	SALUD ORAL		15
	ADMO. EN SALUD		10
SAN PEDRO CLAVER	AUX. ENFERMERIA	NA	240
ATANASIO GIRARDOT	AUX. ENFERMERIA	NA	64
CRUZ ROJA	AUX. ENFERMERIA	NA	39

TOTAL ESTUDIANTES	1.490
--------------------------	--------------

OTROS PROGRAMAS:

Atendiendo a los convenios de cooperación académica en la ESE CEO realizaron práctica profesional estudiantes de arquitectura de la Universidad Antonio Nariño, estudiantes de salud ocupacional de la Universidad Minuto de Dios y de la Fundación Universitaria María Cano, práctica en Psicología de la Universidad Minuto de Dios, Pasante de ingeniería Industrial y Ambiental de la Corporación Universitaria del Huila (CORHUILA) y un judicante de la Universidad Surcolombiana.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS REALIZADAS POR LAS INSTITUCIONES EN CONVENIO (PRODUCTIVIDAD)

ACTIVIDAD	N° DE CONSULTAS
Consulta Médica Especializada	652
Actividades Asistenciales Sede Canaima	2.897
Actividades Administrativas Enfermería Sede Canaima	1.367
Actividades Administrativas Controles PyP 2018-1 Sede Palmas	1.314
Registro de Aplicación de Biológicos PAI Sede Palmas	264
Actividades Asistenciales Enfermería USCO Urgencias Sede Palmas	1.720
Informe de Actividades Administrativas Urgencias Sede Palmas	1.431
Fundación Universitaria María Cano Fisioterapia Sede Canaima	1.006
Escuela de Formación Atanasio Girardot Auxiliar de Enfermería	215
Actividades Asistenciales Auxiliares de Enfermería en Urgencias Sede Canaima	1.567
Escuela de Formación Cruz Roja Auxiliares de Enfermería	4.614
Escuela de Formación San Pedro Claver Auxiliar de Enfermería	12.313
Centro Empresarial en Salud Cesalud Auxiliar de Enfermería	4.506

TOTAL

33.866

PROYECTOS DE INVESTIGACION

✓ “Percepción de los usuarios diabéticos asistentes al programa de atención primaria frente a factores determinantes como actitudes y prácticas establecidas a través de la relación médico paciente de la ese Carmen Emilia Ospina”. Programa de Comunicación Social y Periodismo, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Universidad Surcolombiana.

✓ “Conocimientos y prácticas que realizan los pacientes diabéticos para la prevención del pie diabético en la Ese Carmen Emilia Ospina”. Programa de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN DESARROLLO

✓ “Adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2 usuarios del programa de riesgo cardiovascular de la Ese Carmen Emilia Ospina”. Programa de Enfermería, Facultad de Ciencia de la Salud, Fundación Universitaria Navarra.

✓ “Depresión en gestantes que asisten al programa de control prenatal en la Ese Carmen Emilia Ospina”. Programa de Enfermería, Facultad de Ciencia de la Salud, Fundación Universitaria Navarra.

CONTRAPRESTACIÓN

De acuerdo a los convenios la contraprestación se recibe en bienes y servicios, en cuanto a los bienes recibidos se instaló y doto en Stand saludable para el centro de salud IPC por parte del Centro Empresarial de Salud Cesalud y en el Hospital de Canaima por parte de la Escuela de Salud San Pedro Claver.

Las actividades de capacitación recibidas y el personal beneficiario, fueron gestionados y brindados por la Escuela de Formación de la Cruz Roja, Atanasio Girardot, Sena Regional Huila, Cesalud, Atendiendo a la programación del Plan Institucional de Capacitación y la Información de los cursos y personas beneficiadas reposa en el Área de Talento Humano.

CURSO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	BENEFICIARIOS
Actualización en informática	FUMC	17
Lenguaje de señas	Cesalud	23 (Línea de frente)
Soporte Vital Básico	Atanasio Girardot	20

Soporte Vital Básico	SENA	20
Soporte Vital Básico	Cruz Roja	20
Informática básica	San Pedro Claver	20

En cuanto a necesidades de actualización y capacitación del personal asistencial identificado por el área Técnico Científica, durante el año 2018 se llevó a cabo la actualización en guías de práctica clínica de manera presencial dirigida a médicos de urgencias y que fueron dictadas por docentes de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana (14 temas) y Fundación Universitaria Navarra (Dos temas). Además se puso a disposición de la ESE Carmen Emilia Ospina la plataforma para capacitación virtual.

UNIVERSIDAD		VIRTUAL		ACTIVIDAD	
NAVARRA	USCO	GRABACION	EDICION	CAPACITACION PRESENCIAL	TEMATICA
	x		x		Farmacovigilancia
	x	x	x		Crecimiento y desarrollo
	x	x			Consejería en lactancia materna
	x			x	Infección de vías respiratorias agudas en niños
	x			x	Enfermedad diarreica aguda en niños
	x			x	Infección de vías urinarias
	x			x	Infección de piel y tejidos blandos
	x			x	Manejo razonable de antimicrobianos
	x			x	Urgencias Toxicológicas
x				x	Generalidades del manejo de la DM y atención de la DM en urgencias

Las instituciones educativas con las que se tienen convenios apoyaron diferentes actividades de la ESE Carmen Emilia Ospina con el préstamo de auditorios para eventos propios y dieron apoyo logístico para las diferentes conmemoraciones de las profesiones vinculadas en la institución.

METAS E INDICADORES DE GESTIÓN



PRESENTACION

La plataforma estratégica de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA está orientada hacia la gestión y prestación de los servicios de salud de bajo nivel de complejidad, para lo cual ha planteado dentro de su Plan de Desarrollo Cuatro objetivos institucionales a saber:

1. Implementar el modelo integral de atención en salud (MIAS) en las sedes de la ESE Carmen Emilia Ospina, prestando servicios de salud humanizados con accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad.
2. Garantizar la atención preferente y diferencial a todos los usuarios con énfasis en la población materna infantil, vulnerable y víctimas de la violencia.
3. Garantizar la efectividad gerencial de la ESE Carmen Emilia Ospina en su rentabilidad social y financiera, mediante el fortalecimiento de la capacidad organizacional y empresarial con un enfoque de competitividad.
4. Promover las prácticas adecuadas en la prestación de los servicios de salud que contribuyan a la preservación y cuidado del medio ambiente en el municipio de Neiva.

Con base en los anteriores objetivos se plantearon los proyectos y programas tendientes a reducir la aparición de enfermedades, secuelas, incapacidades, y la muerte, en tal sentido, la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, y de acuerdo a su misión, viene adaptando sus procesos y estrategias de tal manera que con el paso de los años se logre el cambio de una cultura asistencialista a una preventiva.

El presente informe de gestión, resume los resultados más importantes logrados durante la vigencia 2.018 en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA.

En la actualidad la ESE Carmen Emilia Ospina, cuenta con convenios Interadministrativos y de prestación de servicios con la Secretaria de Salud Municipal, Departamental y con las EPS para la atención de Vinculados y Subsidiados, que permiten una integralidad en la prestación de servicios y que conllevan a que el compromiso decidido de la ESE esté orientado a brindar mayor cobertura a la población.

En forma muy resumida y concreta se establecen los principales resultados tanto del área misional como administrativa y financiera, comparado con año inmediatamente anterior, destacándose un crecimiento considerable en todos los aspectos evaluados, situación que nos permiten posicionarnos, crecer y general rentabilidad económica y social.

Gestión Misional y de gobierno

Prestación de servicios de salud

Las actividades básicas en salud ejecutadas en los años 2018, se observa en el cuadro siguiente:

PRODUCCION 2193 (SIHO) SISTEMA DE INFORMACION HOSPITALARIO

SERVICIOS	2018
Número de dosis de biológico aplicadas	76.851
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	35.253
Otros controles de enfermería de pyp (diferentes a atención prenatal - Crecimiento y Desarrollo)	31.451
Número de citologías cervicovaginales tomadas	18.305
CONSULTAS	
Número de consultas de medicina general electivas	196.737
Número de consultas de medicina general urgentes	162.515
Consultas Medicina Especializada electivas realizadas	290
Consultas Medicina Especializada urgentes realizadas	61
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	26.565
Número de sesiones de odontología realizadas	25.039
Total de tratamientos terminados	10.530
Número de sellantes aplicados	65.028
Superficies obturadas (cualquier material)	44.063
Exodoncias (cualquier tipo)	9.804
PARTOS	
Número de partos vaginales	31
HOSPITALIZACION	
Número total de egresos	9.111
Egresos obstétricos (partos y cesáreas)	31
Egresos NO quirúrgicos (Sin incluir partos ni cesáreas)	9.080
Días de estancias de los Egresos	14.877
Número Total de días estancia de los egresos obstétricos (Partos y Cesáreas)	31
Número total de días estancia de los egresos No quirúrgicos	14.846
Pacientes en Observación	11.308
Número total de días cama ocupados	4.753
Número total de días cama disponibles	6.521
AYUDA DIAGNOSTICA	
Número de exámenes de laboratorio	383.147
Número de imágenes diagnósticas tomadas	48.637
Numero de sesiones de otras terapias	43.273
Numero de Visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	12.471
Numero de Sesiones de Talleres colectivos -PIC-	146.898
TOTAL	1.407.507

Fuente: Sistemas de información Dinámica RIPS 2018

En el anterior cuadro se detallan las actividades básicas de salud que le competen a la ESE Carmen Emilia Ospina, como entidad prestadora de servicios de baja complejidad y de acuerdo con la forma de contratación con las diferentes EPS o Municipio ya sea a través de la modalidad de capitación o evento.

Actividades Misionales

- ✓ Se realizó estructuración y seguimiento a los planes de mejoramiento para el cumplimiento a los indicadores de gestión Gerencial.
- ✓ Se dio inicio a la caracterización de la población del área rural y se continuo con la fase de caracterización de la población y la implementación de las

Rutas Integrales de atención en salud – RIAS, del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en la ESE Carmen Emilia Ospina.

- ✓ Se trabajó en equipo con el área de talento humano para apoyar los temas referentes al noveno componente del MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud), fortalecimiento del recurso humano, y a la prestación de servicios de salud con calidad, a través de las capacitaciones virtuales.
- ✓ Se crearon 3 estrategias educativas presenciales, dirigida al personal asistencial (1.Médicos de urgencias, 2.Enfermeras de Urgencias y 3.Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de Consulta externa y Promoción y prevención), con el fin de actualizar conocimientos en patologías de interés, socializar rutas integrales de atención en salud – RIAS, Guías de práctica clínica, socializar hallazgos de auditorías internas y externas. Además se continuó ejecutando la estrategia de educación virtual. Se capacitaron a un total de 489 profesionales asistenciales, lo que corresponde al 78, 74% del total del personal asistencial de la ESE CEO.
- ✓ Se realizó armonización de las actividades PIC, Gestión del Riesgo y Salud Pública en el marco de la implementación del MIAS.
- ✓ Se implementaron pruebas rápidas de troponina I cuantitativa en los servicios de urgencias.
- ✓ Se incorporó el servicio de pediatría a la oferta institucional, realizándose 955 consultas, desde el mes de mayo hasta diciembre de 2018.
- ✓ Se contrató una fisioterapeuta, la cual realiza apoyo al programa de Riesgo cardiovascular y de IAMII.
- ✓ Se realizaron 426 inducciones en el nuevo modelo integral de atención en salud – MIAS, Programas de promoción y prevención, Riesgo cardiovascular, Promoción de la salud y Vigilancia epidemiológica, al personal que ingreso a la Institución durante el año.
- ✓ Se adoptó y se implementó la Ruta integral de Atención – RIA de Atención a Menores de 0 a 59 meses de edad con Desnutrición Aguda, se dio inicio a la implementación de la Ruta integral de Atención de dengue y Leishmaniasis, en concordancia con el lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y el despliegue administrativo, estructural y asistencial pertinente para la atención integral
- ✓ En el transcurso de la vigencia 2018 la institución realizo constantes ajustes que derivaron en estrategias puntuales para la intervención de grupos de riesgo susceptibles que son evidentes en el aumento de coberturas en los programas que generalmente contienen alta carga de morbi-mortalidad tales como la población gestante, población infantil y adolescentes.
- ✓ La ESE CEO a través de la Dirección Técnico Científica, estuvo y se encuentra incursionando paulatinamente en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y sus respectivas Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), para lo cual se ha priorizado la implementación de los

lineamientos de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud y la RIA materno perinatal, en concordancia con la resolución 3280 de 2018 y la condiciones de mayor morbi-mortalidad en nuestra población.

- ✓ Del mismo modo y con el aval de la Alta Gerencia, el equipo técnico de toda la institución se ha volcado hacia el cambio de software de gestión institucional, el cual incluye los cambios pertinentes para la aplicación del modelo y sus respectivas RIAS, para lo cual Se trabajó en equipo con los Coordinadores de las dependencias del Área técnico científica para realizar ajuste en historias clínicas de Promoción y prevención, consulta externa, salud bucal y Referencia y contrarreferencia, en el nuevo software INDIGO CRYSTAL, con base en los nuevos lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, en la ruta integral de atención RIA de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal, en el marco del MIAS.
- ✓ Se dio respuesta a los requerimientos y compromisos adquiridos en el comité de conciliación y defensa judicial, comité de calidad y de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Se participó en la organización de estrategias para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas - SEM, por la SSM para la vigencia de 2019.
- ✓ Se agregó al contrato de dietas hospitalarias, el suministro de refrigerios para los menores de primera infancia e infancia y para las personas con DX de Diabetes. Se realizaron ajustes al formato de solicitud de dietas. Se implementó el formato de solicitud de dietas en el software dinámica gerencial y se articuló con la coordinadora de las TICS el entrenamiento de las jefes en el diligenciamiento correcto de este formato.
- ✓ Se realizaron actividades de apoyo para la acreditación de la ESE CEO.
- ✓ Se generaron lineamientos y se socializaron al personal asistencial y administrativo a través reuniones y del envío de circulares, donde se abordaron los siguientes temas: Definición responsable de tomas de medidas antropométricas en urgencias, definición responsable de activación de la ruta de violencia sexual, re-direccionamientos en la asignación de citas de radiología, atención de personas que ingresan fallecidas a los servicios de urgencias, facturación de biológicos a regímenes contributivos y especiales, actualización directrices programa RCV, funcionamiento de los nuevos servicios de pediatría y fisioterapia, facturación servicios de pediatría institucional EAPB comfamiliar, disponibilidad cartilla desnutrición, agendamiento y facturación de ecografías obstétricas, apertura oportuna de ingresos del día siguiente, cambio en el proceso de facturación del servicio de pediatría hospitalaria y de urgencias y atención de población general y gestante extranjera venezolana.
- ✓ Se monitoreo y evaluó mensualmente los planes de acción del área técnico Científica, los indicadores de Gestión Gerencial y del Plan de Desarrollo Institucional.

INDICADORES DE GESTIÓN GERENCIAL AÑO 2018

INDICADORES RESOLUCION 408 DE 2018. INDICADORES GESTION GERENCIAL_ ESE CARMEN EMILIA OSPINA_ AREA TECNICO CIENTIFICA 2018.															
INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes identificadas	≥ 0,85	0,85	0,80	0,83	0,85	0,87	0,84	0,90	0,85	0,87	0,86	0,84	0,86	0,85
EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana en las alteraciones del crecimiento y desarrollo /Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia).	≥ 0,80	0,93	0,83	0,85	0,86	0,87	0,85	0,88	0,88	0,88	0,87	0,88	0,87	0,87
EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación.	≥ 0,90	0,91	0,86	0,88	0,89	0,89	0,90	0,91	0,93	0,90	0,88	0,84	0,96	0,90
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	Numero de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
OPORTUNIDAD DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	Sumatoria de la diferencia de días calendario transcurridos entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario al solicitó / No. Total de citas de medicina general de primera vez asignadas	≤ 3	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	3,2	3	1,6	1,8	1,06	1,1	1,1	1,70
REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/ Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	≤ 0,03	0,007	0,008	0,006	0,007	0,007	0,007	0,008	0,008	0,007	0,007	0,007	0,008	0,007

Durante el seguimiento de los indicadores gerenciales del año 2018, se evidenció que, el comportamiento de los indicadores de "PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION", Y "EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA", fue fluctuante.

Para el cumplimiento general del indicador "PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION", se realizaron estrategias educativas en la población urbana y rural, y tomas de comuna, con el fin de concientizar a la comunidad sobre la importancia de asistir al control prenatal con oportunidad, y de estimular la asistencia a la consulta

preconcepcional, siguiendo la directriz del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los demás indicadores como el de “EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA”, “EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO” Y “DESARROLLO, 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 para el año 2018.

PRODUCTIVIDAD ESE 2018, POR CENTROS DE SALUD

CONSULTAS	MOVIL	EDO SANTOS	GRANJAS	Z-R-NORTE	PALMAS	7 DE AGOSTO	Z-R-ORIENTE	IPC	CANAIMA	ZRSUR	PIC	TOTAL
ENFERMERIA pyp	5.414	6.318	7.603	3.172	11.298	1.469	2.878	14.597	12.021	1.891	41	66.702
MEDICO pyp	6.843	4.593	6.346	1.328	7.263	659	1.140	5.708	9.112	728	0	43.720
TOTAL PYP	12.257	10.911	13.949	4.500	18.561	2.128	4.018	20.305	21.133	2.619	41	110.422
%	11	10	13	4	17	2	4	18	19	2	0	100
razon de p yp -mg	25,0	0,6	0,5	0,5	0,7	0,6	1,0	0,9	0,5	0,9	#DIV/0!	0,7
URGENCIAS	0	0	38.601	39	37.918	0	5	35.413	50.537	1	0	162.515
%	0	0	24	0	23	0	0	22	31	0	0	100
MEDICINA GENERAL	490	16.942	28.943	8.605	24.814	3.512	4.100	21.623	40.957	3.016	0	153.002
%	0	11	19	6	16	2	3	14	27	2	0	100
razon de urg-mg	0	0	1	0	2	0	0	2	1	0	#DIV/0!	1
ODONTOLOGIA	3	2.635	4.524	1.825	5.762	28	624	3.966	4.969	702	0	25.040
Número de citologías cervicovaginales tomadas	1.603	1.424	3.067	934	3.229	380	473	2.947	3.681	566	0	18.305
Número de dosis de biológico aplicadas	283	9.340	11.806	3.685	10.427	2.353	1.842	13.153	17.796	2.870	39	76.851
Número de exámenes de laboratorio	221	26.167	95.167	1.819	69.893	6.222	1.063	59.824	122.229	538	0	383.147
Número de rayos X tomadas	0	8	8.345	57	4.918	2	11	3.655	26.009	5	0	43.010
Número de Ecografías tomadas	0	1	525	0	147	0	0	193	4.760	0	0	5.627

Fuente: Sistemas de información Dinámica RIPS 2018

En el 2018 la producción por tipo de consulta en los diferentes centros de salud muestra que en promoción y prevención el centro de salud del Canaima, IPC y Palmas, producen cada una 19% y 17%, granjas 13% (13.949). La móvil realiza un número importante de consultas de PyP 12.257. La consulta de PyP.

En consulta de urgencias, Canaima registro 31% (50.537) en el año, granjas con el 24% e IPC y palmas con en 22% y 23% respectivamente. No se evidencio cambios en la producción por zona comparado con el 2017.

Medicina general un total de 153.002 consultas en el año, Canaima realizo el 27% granjas 19%, palmas 16%, IPC y Eduardo santos entre el 14 y 11%.

La razón de medicina general y atención de urgencias, para Granjas y Canaima es 1 esto quiere decir que por cada consulta de medicina general se atiende una urgencia, diferente en el caso de IPC y Palmas la razón es de 2, es decir por una atención de medicina general se atiende 2 urgencias. La razón general para la ESE CEO es de 1 similar a 2017.

En relación a PyP, por cada consulta de medicina general, se realiza 0.7 consultas de PyP en la ESE CEO. Para zona rural oriente es 1, IPC, zona rural sur es de 0.9, Palmas 0,7, siete de agosto y Eduardo santos 0.6, Canaima, zona rural norte y granjas es de 0.5 .Esto muestra que se ha mantenido en 0,7 de 2017 a 2018; lo quiere decir que por cada consulta de medicina general 0,7 es de PyP.

MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD – MIAS

Durante la vigencia 2018, el grupo PIC constituido para realizar la caracterización del MIAS, caracterizo 19.030 familias, en el área urbana (16.503) y rural (2.527) del Municipio de Neiva, en las comunas 1, 5, 6, 8 y 9, a los cuales realizaron 895 actividades de promoción y prevención.

De igual manera, se realizaron seguimientos a 1.244 familias caracterizadas en el año 2017, a quienes se les realizaron 291 actividades de promoción y prevención.

INDICADORES ASISTENCIALES POR ZONA

OBJETIVO	METAS	INDICADOR	NORTE	ORIENTE	SUR
Mantener el Indicador de Productividad por el medico (PyP, C externa, RCV)	Alcanzar mínimo en un 90% el Indicador de Productividad a medicos	Total actividades realizadas (consultas) en un periodo / total actividades (consultas) programadas en un periodo x 100	91%	92%	85%
Mantener el Indicador de Productividad de Enfermería	Alcanzar mínimo en un 90% el Indicador de Productividad a Enfermeras	Total actividades realizadas (consultas) en un periodo / total actividades (consultas) programadas en un periodo x 100	91%	87%	104,9%
Mantener el Indicador de Productividad a Odontologos	Alcanzar mínimo en un 90% el Indicador de Productividad a Odontologos	Total actividades realizadas (consultas) en un periodo / total actividades (consultas) programadas en un periodo x 100	87%	81%	85,5%
Mantener el Indicador de Rendimiento a medicos y odontologos	Atender (3) usuarios por hora	Total de usuarios atendidos por Medico y Odontologo en un periodo / total horas medico	2,7	2,7	2,3
Mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios	Mantener la satisfacción del usuario por encima del 95%	% de satisfacción del usuario	100%	99%	99%

Fuente: Dinámica. Net. Modulo facturación y RIPS. Formatos de productividad de Médicos y Enfermeras, Encuestas de atención al usuario.

Para el año 2018, la zona Sur reporto la mayor productividad de las Enfermeras con un 104,9%, mientras que la mayor productividad de Médicos, estuvo en la zona Oriente, con un 92% y la de los Odontólogos, en la zona Norte, con el 87%.

En cuanto al indicador de rendimiento de Médicos y Odontólogos, no fue cumplido, en ninguna de las zonas, a pesar de esto, la satisfacción de los usuarios en las tres zonas fue optima, con un 100%, para la zona Norte y un 99% para la zona Oriente y Sur.

GESTION DEL RIESGO (Promoción y Prevención)

El programa de Gestión del riesgo, realizó 2.506.975 actividades de Detección temprana y protección específica, a las EPS-S Comfamiliar, Medimas, Comparta, con quienes se suscribieron contratos, distribuidas de la siguiente manera:

CONSOLIDADO ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA ESE CEO, EN LOS PROGRAMAS DE PYP, AÑO 2018.

ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA	Nº de ACTIVIDADES REALIZADAS
Educación en Salud	171.355
Visitas domiciliarias	13.474
Salud oral	233.573
Tamizaje visual	5.289
Vacunación	76.851
Citología cervico uterina	19.587
Partos	1.860
Atención a gestantes	1.868.181
Control de crecimiento y desarrollo	83.616
Atención al joven	11.007
Atención al adulto mayor	18.872
Planificación familiar	169.884
TOTAL	2.674.721

Fuente: Dinamica Gerencial.Net; Módulo Facturación Ley 100 – Facturación por servicios PyP 2017- 2018

Se desarrollaron 10 jornadas mensuales de toma de laboratorios para programas de DT y PE en el ámbito rural, como mecanismo para lograr atención integral en dicha población.

Se realizaron 12 jornadas de inserción y retiro de implantes subérmicos.

Se realizaron 160.433 actividades de educación en salud, donde se abordaron temas como hábitos de vida saludable, desestimular el consumo de sustancias psicoactivas, derechos y deberes, en salud oral, convivencia pacífica en el ambiente intrafamiliar, salud en la tercera edad, salud integral de niños y niñas, salud sexual y reproductiva.

Adicionalmente, la entidad desarrollo actividades de Detección Temprana y Protección Específica en población afiliada a otras entidades como los regímenes contributivos de Comfamiliar, Medimas y Comparta, Población en condición de vulnerabilidad no afiliada al sistema de salud (PPNA), así como a

entidades como Asmetsalud, AIC, Mallamas, Alianz Salud, Salud Total, Coomeva, Comfamiliar otros departamentos, Famisanar, Compensar, entre otros.

Se identificaron y se atendieron a 57 menores de 5 años, con desnutrición aguda, de los cuales 4 menores fueron derivados hacia la intervención intrahospitalaria, en el nivel complementario y retornaron a la institución para continuar con manejo en el hogar. 19 menores fueron dados de alta del programa de DNT por mejoría, 30 infantes dejaron de asistir al programa, y 8 aún continúan en él.

PROMOCION DE LA SALUD

El programa de Promoción de la Salud, ejecuto sus actividades en el marco de tres estrategias: Demanda Inducida, Brigadas, y seguimientos domiciliarios.

DEMANDA INDUCIDA A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

Para el año 2018, se realizó demanda inducida a los programas de Promoción y prevención, en las comunas 4, 6, 7, 8 y 10, la cual se efectuó bajo dos modalidades. La primera, a través de la realización de brigadas por el equipo básico de salud extramural, previo barrido del barrio por las auxiliares de enfermería extramurales, y la segunda, es el agendamiento anticipado de consultas con el personal de salud de la unidad móvil (Medico, Enfermera e higienista oral).

Se captaron 12.448 usuarios, a los que se revisaron en base de datos, encontrándose activos 9.608, de los cuales 7.606 personas tenían 7.915 actividades de promoción y prevención, pendientes de realizar, de las cuales se programaron 4.790 consultas y se facturaron 3.655, para una efectividad del 76%.

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA AÑO 2018

CENTRO DE SALUD	OTROS PROGRAMAS DE PYP	USUARIOS ACTIVOS EN BD	USUARIOS PENDIENTES MES ANTERIOR	USUARIOS PENDIENTES POR VERIFICAR MES ACTUAL	TOTAL DE REVISADOS	EFECTIVIDAD REVISADOS EN BASE DE DATOS	USUARIOS PENDIENTES PARA ACT. DE PYP	TOTAL DE ACTIVIDADES A REALIZAR	CITAS ASIGNADAS POR PROGRAMAS										TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES FACTURADAS	EFECTIVIDAD FACTURADAS	CITAS NO ASIGNADAS POR:						REMITIDOS AL CENTRO DE SALUD	LLAMADAS NO EFECTIVA
									P	C	J	A	V	C	T	No teléfono equipado	actividades realizadas	no confirmación				no vive ahí	fuera de servicio	usuaria renuncia al programa					
ENERO	1063	840	223	0	1063	83%	492	541	101	38	56	25	39	152	411	319	78%	17	27	16	16	10	22	22	130				
FEBRERO	612	433	119	165	612	83%	476	664	52	10	64	20	24	101	271	165	61%	57	38	56	44	47	74	77	333				
MARZO	967	535	432	82	967	100%	185	212	12	135	0	0	20	0	167	130	78%	19	26	10	7	9	6	8	85				
ABRIL	481	358	123	0	481	100%	221	253	19	10	20	13	13	45	120	81	68%	15	33	15	26	21	18	31	159				
MAYO	1205	586	619	0	1205	84%	326	361	35	26	52	26	28	102	269	189	70%	14	29	13	14	2	7	13	92				
JUNIO	1035	1035	0	189	1035	77%	326	395	29	20	49	24	18	59	199	169	85%	21	27	14	12	18	36	68	196				
JULIO	1335	1335	0	280	1335	77%	1095	867	68	39	75	47	47	236	512	452	88%	30	55	28	43	59	62	78	355				
AGOSTO	1405	1051	354	366	1405	77%	918	949	120	35	102	45	41	268	611	485	79%	38	73	34	29	45	42	77	338				
SEPTIEMBRE	1382	1094	288	520	1382	85%	1129	979	92	48	111	52	46	272	621	478	77%	41	65	30	39	41	35	107	358				
OCTUBRE	1792	1181	611	673	1792	65%	1132	1233	117	46	145	61	59	241	669	458	68%	31	139	67	52	53	42	180	564				
NOVIEMBRE	639	568	71	871	639	72%	655	736	108	37	69	35	35	201	485	421	87%	23	51	20	22	12	30	93	251				
DICIEMBRE	532	532	0	419	532	100%	651	725	58	29	66	39	35	228	455	328	72%	36	44	47	27	18	39	59	270				
CONSOLIDADO	12448	9608	2840	3585	12448	78%	7606	7915	811	473	809	387	405	1905	4730	3655	76%	342	607	350	331	335	413	813	3191				

Fuente: Bases de datos de actividades de demanda inducida vigencia 2018.

BRIGADAS

Durante el año 2018, se realizaron brigadas de manera diaria, en las comunas, en los colegios públicos, en los hogares de bienestar y ancianatos de las comunas 1, 4, 5, 6, 7, 8 9, y 10, de acuerdo a programación de la unidad móvil y requerimientos de la comunidad y de entidades o instituciones externas a la ESE Carmen Emilia Ospina. Se realizaron 46.809 actividades de Promoción y prevención.

CONSOLIDADO PRODUCTIVIDAD BRIGADAS – EQUIPO MÓVIL AÑO 2018

PRODUCTIVIDAD ENERO A DICIEMBRE 2018	
BRIGADAS - EQUIPO UNIDAD MOVIL	
ACTIVIDADES REALIZADAS	CANTIDAD
Agudeza visual	1.794
Citología Cervico Uterina	1.608
Consulta de planificación familiar	6.679
Consultas de adulto	304
Consultas de control prenatal	10
Consultas de crecimiento y desarrollo	1.605
Consultas de joven	3.673
Educación individual salud oral	342
Educación para pacientes canalizados	15.379
Hemoglobina	21
Higiene oral	13.443
Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo [Diu]	14
Laboratorios	78

Métodos planificación familiar	508
Multivitaminicos crecimiento y desarrollo	1.063
Vacunación	288
TOTAL ACTIVIDADES	46.809

Fuente: Dinamica Gerencial.Net; Módulo Facturación

SEGUIMIENTOS DOMICILIARIOS A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

Se realizaron 3.314 actividades de seguimiento a actividades de Promoción y prevención, tales como seguimiento a citologías alteradas no reclamadas (283), Gestantes de alto riesgo obstétrico inasistentes (2.541), gravidez positivos no reclamados (6), e inasistentes de otros programas de PyP, diferentes al CPN (484).

Con las estrategias de demanda inducida y seguimientos domiciliarios, Se educaron a 14.217 usuarios, sobre hábitos de vida saludable, autocuidado e importancia de asistir a los programas de promoción y prevención

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION - PAI

CONSOLIDADO APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS POR CENTROS DE ATENCIÓN EN LA ESE CEO, EN EL AÑO 2018

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI - ENERO A DICIEMBRE- 2018											
VARIABLE	GENERAL	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	RURAL ZONA NORTE	CANAIMA	RURAL ZONA SUR	SIETE AGOSTO	PALMAS	RURAL ZONA ORIENTE	IPC	
Dosis de biológico aplicadas	92.997	14.882	12.067	1.605	22.608	4.997	3.460	15.758	2.264	15.356	
Dosis de biológico aplicadas intrasistitucional	86.183	14.077	10.793	1.598	20.336	4.996	2.631	14.560	2.264	14.928	
Dosis de biológico aplicadas extrasistitucional	6.814	805	1.274	7	2.272	1	829	1.198	0	428	
Vacunacion de gestantes	5261	841	640	33	1395	177	32	1145	39	912	47 dosis Extramural

Fuente: Paiweb, registro diario de vacunación vigencia 2018 y planilla mensual PAI, vigencia 2018.

Para el 2018, en la ESE CEO, se aplicaron un total 92.997 dosis de biológicos a la población que acudió a los diferentes centros de salud del área urbana y rural (10 centros), cumpliendo con la vacunación sin barreras,

(86.183 dosis Intra-institucionales) y a la comunidad captada en el área extramural casa a casa (6.814 dosis extra-institucionales).

Se aplicaron un total de 5261 dosis de Td y DpaT Acelular para las mujeres gestantes.

CONSOLIDADO COBERTURA DE LA APLICACIÓN BIOLÓGICOS EN LA ESE CEO, EN EL AÑO 2018

CONSOLIDADO DE COBERTURAS VACUNACION 2018																																		
ESE CARMEN EMILIA OSPINA																																		
MENORES 1 AÑO	2160																																	
NIÑOS DE 1 AÑO	2652																																	
NIÑOS DE 5 AÑO	3156																																	
ESE CEO	MENOR DE 1 AÑO														1 AÑO						1 REFUERZO				2 REFUERZO 5 AÑOS									
	3º DOSIS VOP		3º DOSIS PENTAVALENTE								2º DOSIS ROTAVIRUS		2º DOSIS NEUMOCOCO		TV	VARICELA		HA	RF NEUMOCOCO	FA	1 RF POLIO		1 RF DPT		2 RF POLIO		2 RF DPT		RF TV					
	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%		No. D	%				No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%	No. D	%		
	2659	123%	2661	123%	2661	123%	2661	123%	42	1,94%	2682	124%	2742	127%	2835	107%	2802	106%	2946	111%	2789	105%	2696	102%	2879	109%	2879	109%	2919	92%	2919	92%	2919	92%

Fuente: Paiweb y registro diario de vacunación y planilla mensual PAI, vigencia 2018

El Programa ampliado de inmunización cumplió y supero la meta establecida para la administración de biológicos trazadores, siendo la meta propuesta 95% para el esquema de vacunación.

La ESE cumplió con el 123%, 124%, 107%, 109%, 92% y en la aplicación de estos biológicos, relacionados a continuación:

En menores de 1 año se cumplió con el 123% de la meta, con la aplicación de 2659 dosis de Pentavalente (DPT, HB, Hib) y con el 124% para la administración de la vacuna del ROTAVIRUS y NEUMOCOCO, con un promedio de 5424 dosis administradas.

Para la vacunación de los niños de 1 años de edad, se cumplió con un 107%, con la aplicación del biológico de la Triple viral, con 2835 dosis administradas.

Se aplicaron 5575 dosis de primeros refuerzos de POLIO y DPT, lo que equivale a un cumplimiento del 109%.

Se cumplió con el 92% para la vacunación de los niños mayores de 5 años, es decir, se aplicaron 8757 dosis de biológicos de segundos refuerzos para POLIO, DPT y primer refuerzo para TV.

Se coordinó y se apoyó el desarrollo de las jornadas de vacunación estipuladas por el Ministerio de Salud y la protección Social, en los meses de enero, abril, julio y octubre.

El 100% del personal del área de vacunación fue certificado por el SENA, en competencia laboral.

Se entregaron Vacunas y sueros Antirrábicos a los cuatro centros de Urgencias de la ESE CEO, junto con termos y paquetes fríos para refrigerar y garantizar la cadena de frío.

Se aplicaron 90 dosis de la vacuna de Sarampión-Rubeola, al personal de Urgencias de las diferentes sedes y 128 dosis de la vacuna de influenza estacional.

Se adquirieron todos los elementos de la red de frío requeridos por el programa, gestionado con la Gerencia de la ESE CEO en el año 2017 (Cajas Termicas, Congelador Para Paquetes Frios, Termos, Termómetros De Maximas Y Minimas, Carro Para Transporte De Cajas Termicas, Estanterias Plasticas).

Se continuo con el monitoreo satelital para la toma de la temperatura para los contenedores de biológicos, lo cual permite garantizar la cadena de frío de los biológicos, así como de la disminución de pérdidas por las fluctuaciones de temperatura.

Se realizó seguimiento mensual al cumplimiento de coberturas en los diferentes centros de atención y grupo extramural, a las cohortes de recién nacidos de acuerdo a los lineamientos nacionales, al sistema de información de lo vacunado/vs / lo digitado Paiweb y a la calidad del dato en los diferentes centros de atención y grupo extramural.

ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA

Resultados de avances en la estrategia IAMII en la operativización de los 10 pasos de la estrategia en la ESE Carmen Emilia Ospina sede hospital de Canaima escogido para proceso de pre- evaluación y certificación IAMII.

CONSOLIDADO CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA IAMII ESE CEO AÑO 2018

DEPARTAMENTO	HUILA										
MUNICIPIO	NEIVA										
NOMBRE DE LA INSTITUCION DE SALUD Y NIVEL COMPLEJIDAD	ESE CARMEN EMILIA OSPINA SEDE CANAIMA					NIVEL DE COMPLEJIDAD		NIVEL 1			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PASOS IAMII 2018											
FECHA DE MEDICION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RESULTADOS
PRIMER TRIMESTRE	83%	66%	86%	50%	66%	70%	70%	73%	78%	66%	70%
SEGUNDO TRIMESTRE	83%	77%	86%	50%	66%	70%	72%	73%	78%	66%	71%
TERCER TRIMESTRE	83%	88%	86%	50%	73%	75%	83%	78%	89%	78%	78%
CUARTO TRIMESTRE	83%	88%	86%	50%	73%	75%	83%	78%	89%	78%	78%

Fuente: formatos de autoevaluación vigencia 2018.

Convenciones	Puntaje	80 - 100%		Puntaje	60 - 80%		Puntaje	-60%	
--------------	---------	-----------	--	---------	----------	--	---------	------	--

Los resultados obtenidos muestran que la valoración de la autoapreciación de los indicadores de cada uno de los pasos alcanzó un 78.3% de cumplimiento frente a la meta trazada para el año 2018 que fue del 80%. Frente a la capacitación al personal a nivel institucional, en IAMII, se obtuvo un cumplimiento del 80.6%.

Se atendieron 3.055 gestantes primera vez en control prenatal en el periodo enero a diciembre de 2018, las cuales pertenecen a todos los niveles de aseguramiento, sin restringir la atención a la población subsidiada.

Se realizó el curso de preparación para la maternidad y paternidad, a 2.350 usuarias gestantes, de manera semanal en los centros de atención de Canaima, Palmas, IPC, Granjas, Eduardo Santos, Fortalecillas y Caguán, liderado por equipo interdisciplinario de Enfermera, Fisioterapeuta y Psicóloga

Se realizaron 2.773 asesorías de riesgo psicosocial, y 3.129 asesorías para prueba voluntaria de VIH y SIDA, a la población gestante.

En el año 2018 la estrategia Gen Cero en convenio con la ESE CEO 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 cuanta con vigencia hasta agosto del 2019.

BENEFICIARIAS ESTRATEGIA GEN CERO, EN LA ESE CEO, AÑO 2018

BENEFICIARIAS	NUMERO
GESTANTES	15
NIÑOS LACTANTES	85
TOTAL	100 familias

Fuente: Estrategia Gen Cero vigencia 2018.

Durante el año 2018 se habilitaron 3 salas de lactancia materna distribuida en los centros de atención de Canaima, IPC y Granjas.

En el servicio de salud amigable para adolescentes y jóvenes, el cual está en funcionamiento en la Sede de Granjas, fueron atendidos 4.100 adolescentes, por el personal de psicólogos de la ESE, en actividades que incluyen talleres, charlas educativas, asesorías individuales y actividades lúdicas.

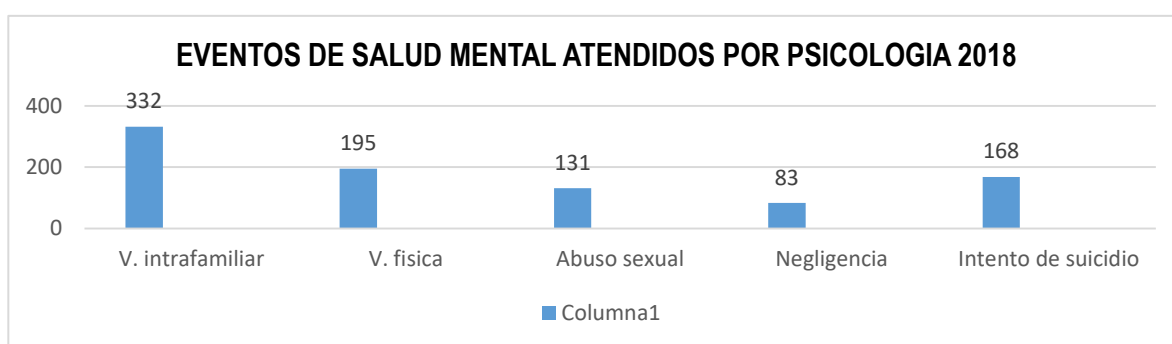
Para el año 2018 se entrenaron a 41 madres comunitarias modalidad FAMI para la conformación de los grupos de apoyo comunitario.

Se logró consolidar 1 grupo de apoyo en lactancia materna de la comuna 6, y para la sede Canaima, el cual está constituido por 14 madres habitantes de este comuna.

SALUD MENTAL

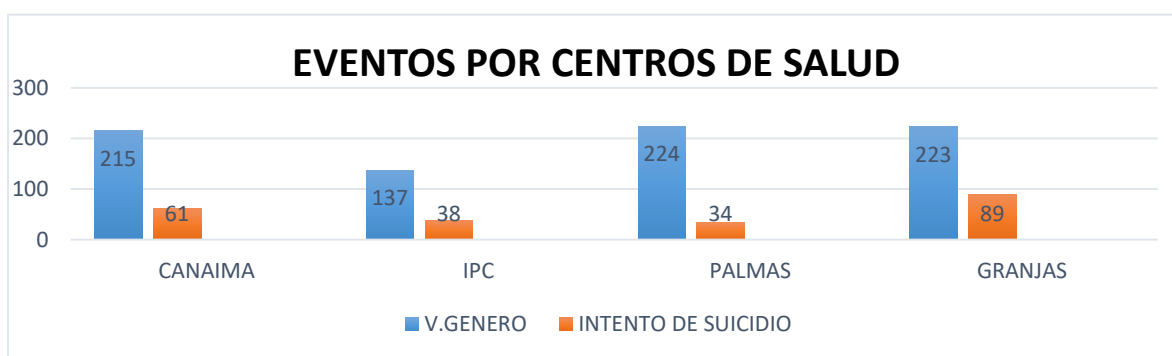
Durante el año 2018, se atendieron 1.021 casos de salud mental, presentados en los servicios de urgencias, de los cuales 909 (89%) fueron valorados por psicología antes de ser remitidos.

CONSOLIDADO DE EVENTOS DE SALUD MENTAL ATENDIDOS POR PSICOLOGOS DE LA ESE CEO, EN EL AÑO 2018



Fuente: Dinámica. Net, módulos facturación y Registros únicos individuales

CONSOLIDADO DE EVENTOS DE SALUD MENTAL ATENDIDOS POR PSICOLOGOS DE LA ESE CEO, EN EL AÑO 2018, POR CENTRO DE ATENCION.



Fuente: Dinámica. Net, módulos facturación y Registros únicos individuales

Los Psicólogos, realizaron actividades educativas en la comunidad, acerca de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, convivencia pacífica y pautas de crianza, con una cobertura de 6.272 usuarios educados.

RIESGO CARDIOVASCULAR

TOTAL DE POBLACIÓN EN EL PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR

VARIABLE	TOTAL
Prevalencia de HTA ESE CEO x100	8,47%
Población con Hipertensión Arterial	8313
Prevalencia de DM ESE CEO x100	2,53%
Población con Diabetes Mellitus	2481
Total de inscritos en el Programa RCV	9749
Total de usuarios Activos en el Programa RCV	4896

Fuente: Dinámica gerencial ESE Carmen Emilia Ospina. Base de datos de Facturación. Base de datos de afiliados.

El Programa Riesgo Cardiovascular de la ESE CEO, cuenta con un total 9.749 inscritos; el 66,92% (6524) de la población son mujeres y el restante 33,08% (3225), hombres. En cuanto a las patologías, el 74,15% corresponden a usuarios con Hipertensión arterial, el 13,60% a usuarios con Hipertensión y Diabetes Mellitus, y el 12,25% corresponde a usuarios con Diabetes Mellitus. Con respecto a la distribución de Riesgo Cardiovascular, el 55,25% corresponde a riesgo Moderado, seguido de 22,94% riesgo bajo, el 19,00% corresponde al riesgo alto, y el 2,82% equivale a riesgo muy alto.

DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS EN EL PROGRAMA RCV

TIPO DE CONSULTA	TOTAL
Total consulta médica Primera vez	2.084
Total consulta control por medico	19.382
Total consulta control por Enfermería	2.148
Total de usuarios asistentes a Control Grupal	1.348

Fuente:

datos de Facturación ESE CEO

Base de

Durante el año 2018, se atendieron 2084 consultas médicas de Primera vez, 19.382 consultas de control por médico general, 2148 consultas de control por Enfermería, se hicieron un total de sesiones 127 educativas (controles grupales) con un total 1348 de beneficiarios.

INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus reportado	Número total esperado de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus *100	2.481/3.445 = 72,01%
	Número de pacientes entre 18 y 69 años con	Número total esperado de pacientes entre 18 a 69 años	

Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	diagnóstico de Hipertensión Arterial reportado	con diagnóstico de Hipertensión Arterial *100	8.313/22.380 = 37,14 %
--	--	---	------------------------

Fuente: Resolución 256 de 2016. Indicadores de Calidad. Base de datos de Seguimiento Programa Riesgo Cardiovascular.

En cuanto la captación de usuarios con condiciones crónicas (Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus), de acuerdo con los datos del total de la población afiliada en la ESE Carmen Emilia entre 18 a 69 años (98.158), el porcentaje de captación de Hipertensión arterial en pacientes fue de 37,14% y el porcentaje de captación de diabetes Mellitus fue de 72,1%.

Para la captación de usuarios Hipertensos se realizaron las siguientes actividades: Toma casual de tensión arterial, por las Auxiliares de los diferentes centros de salud de la ESE (9.592), Afinamiento, toma de tensión 7 días (1378). Para la captación de Diabetes Mellitus, se aplicaron (4.740) test de findrisk (test de tamizaje para DM), se tomaron 33.788 Glicemias Pre y post.

Para analizar la adherencia de los pacientes al programa Riesgo Cardiovascular, se obtuvo que, de los usuarios inscritos en el programa, 5.442 hipertensos (65.46%) presentaron cifras tensionales controladas, por debajo de 140/90mmHg en el último semestre, y 395 diabéticos (15,92%), tuvieron una hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses.

Con el objetivo de aumentar la cobertura en exámenes de laboratorio en el área rural, para el cumplimiento de metas en el Programa de Riesgo Cardiovascular, de acuerdo a la resolución 2463 del 2014 de la Cuenta de alto costo para enfermedades precursoras de ERC, se realizaron un total de 9 brigadas, con un total de 711 beneficiarios, en los centros de salud, del área rural de la ESE CEO (Vegalarga, San Luis, San Antonio, Palacios, Fortalecillas y Caguan).

A través de la incorporación de la fisioterapeuta a la Institución, se realizó prescripción del ejercicio y seguimiento a población con obesidad y sobrepeso, así mismo se apoyo a la realización de controles grupales de pacientes crónicos, curso psicoprofilactico a gestantes, y curso de estimulación temprana, el total de usuarios atendidos por fisioterapeuta desde junio a diciembre del 2018, fue de 3279 usuarios.

Se coordinó con la EPSS Comfamiliar la realización de toma de laboratorios en los diferentes centros de salud del área urbana, para garantizar la accesibilidad de los usuarios con enfermedades precursoras de Enfermedad Renal crónica, a la toma de la hemoglobina glicosilada, microalbuminuria y creatinuria. Con la EPSS comparta se logró la articulación con el laboratorio Colcan, para que los profesionales accedan por medio de link, a consultar los resultados de laboratorios.

Con apoyo de las TICS, se incorporó la identificación del riesgo cardiovascular dentro de la verificación de usuarios en INTRANET; así mismo, se realizaron lineamientos sobre la periodicidad de controles para enfermería, y se definieron las actividades administrativas por centro de salud, en cuanto el seguimiento de inasistentes y glicemias alteradas en el Programa Riesgo Cardiovascular.

Se publicó, con el apoyo del área de calidad, en el mapa de procesos, los siguientes documentos de apoyo para garantizar el manejo del EPOC, Guía de práctica clínica de EPOC, Anexo Educativo uso de Oxígeno, uso de inhaladores, de uso e interpretación de la oximetría de pulso, y de uso e interpretación de espirometría, Anexo de recomendaciones de actividad Física, Anexo de protocolo de caminata de seis minutos y el Anexo de evaluación de autocuidado.

Se realizó el diseño de la "Cartilla de Auto cuidado para el control de la hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus" con el objetivo de mejorar la adherencia de los usuarios al Programa Riesgo cardiovascular, en total se distribuyeron 1050 cartillas en los diferentes centros de atención urbanos y rurales, para ser entregadas en la consulta de enfermería, y lograr en los usuarios, mejorar las prácticas de auto cuidado.

Se realizó 4 campañas para la celebración de los días mundiales, mediante estrategias de IEC, dirigidas para el cliente interno y externo de la institución, en donde se conmemoró día mundial del riñón (12 de marzo), el día mundial de la hipertensión (17 de Mayo), la Semana de Hábitos de Vida Saludable, (24 al 30 de septiembre), en donde se coordinó el concurso "Mi oficina cocina mejor", y se celebró el Día mundial de la diabetes (11 de noviembre).

Por medio del apoyo de la Secretaria de Salud Municipal, los laboratorios farmacéuticos Novo Nordis y Sanofi se programaron 5 capacitaciones, dirigidos al personal asistencial, para fortalecer el conocimiento en el manejo de Enfermedades no transmisibles, los temas fueron los siguientes: Prescripción del ejercicio y de la nutrición, Hábitos de vida saludable, Accidente cerebro vascular, Guías Golden para manejo del EPOC, Guías de práctica Clínica de diabetes Mellitus, taller de insulinización, Manejo de las complicaciones de la Diabetes Mellitus en urgencias.

Se realizó un total de 10 capacitaciones, sobre la Ruta integral de alteraciones cardiovasculares, diligenciamiento correcto de historias clínicas, manejo del glucómetro, socialización de indicadores del programa de riesgo cardiovascular, ruta para toma de laboratorios en el programa riesgo cardiovascular, Socialización de la estrategia Conoce tu riesgo peso saludable, socialización de hallazgos de auditorías de historias clínicas, taller de toma de tensión arterial y test de findrisk.

SERVICIO DE FARMACIA

CONSOLIDADO INDICADORES DE FARMACIA PARA EL AÑO 2018

INDICADOR	META	RESULTADO
Oportunidad en la entrega de medicamentos Pendientes	24 horas	141 horas
Eficiencia en la entrega de medicamentos formulados	98%	99%
Efectividad. Satisfacción del Usuario de farmacia	95%	99%

Fuente: Registro diario de farmacia y encuestas de satisfacción, vigencia 2018.

Para el año 2018, la satisfacción del usuario que accede al servicio de farmacia fue del 99%, superándose la meta del 95% y mejorando el cumplimiento con respecto al año anterior, en un 3%.

La eficiencia en la entrega de medicamentos formulados fue del 99%, alcanzando la meta propuesta, lo que significa que se entregaron 15.327.979 de medicamentos POS, frente a 15.464.172 medicamentos POS solicitados.

En cuanto a la oportunidad en la entrega de medicamentos pendientes, no se logró cumplir la meta, debido a que se obtuvo un resultado de 141 horas (5,8días), cuando el tiempo máximo era de 24 horas.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El sistema de referencia y contrareferencia - CR permite a los usuarios a través de procedimientos administrativos acceder a atención complementaria y/o ayudas diagnósticas. Se generan desde el servicio de Consulta externa en el que el usuario es el encargado de la gestión de la misma ante la EAPB y desde el servicio de Urgencias y hospitalización que son gestionadas por personal institucional desde la oficina de referencia y CR y que incluye el traslado a la red complementaria en salud.

CONSOLIDADO REMISIONES GENERADAS EN LA ESE CEO - AÑO 2018

REMISIONES GENERADAS EN LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA DESDE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACION. AÑO 2018	
Servicio generador de la remisión	Total año 2018
Consulta externa	31907
Urgencias	7365

Hospitalización	132
TOTAL	39404

Fuente: Registro diario de remisiones, vigencia 2018.

El 81% de las remisiones fueron generadas en el área de Consulta Externa, el 19% desde el servicio de Urgencias y Hospitalización (7497) y gestionadas desde la ESE CEO. 6418 remisiones fueron aceptadas. 1963 remisiones no fueron aceptadas, a razón de que los usuarios firmaron retiro voluntario antes de lograrse aceptación, mejoría, fuga o fallecimiento. De ellas 1079 usuarios se trasladaron como Urgencia pese a no respuesta positiva.

En relación a las especialidades solicitadas el 47% corresponde a especialidades básicas y el 53% a otras especialidades o subespecialidades como Psiquiatría, Oftalmología, urología, fisioterapia entre otras.

CLASIFICACION DE REMISIONES REALIZADAS EN ESE CEO, AÑO 2018

REMISIONES POR ESPECIALIDAD SOLICITADA. AÑO 2018		REMISIONES POR GRUPO ETARIO. AÑO 2018	
Especialidad Solicitada	Total de remisiones	Grupo etario	Total de remisiones
Otras Especialidades	21018	28-59 años	14497
Medicina Interna	6367	mayor 60 años	10403
Pediatría	3148	19-27 años	5535
Cirugía General	2473	12-18 años	3544
Ortopedia	2103	6-11 años	2183
Gineco Obstetricia	4295	0-5 años	3242
TOTAL	39404	TOTAL	39404

Fuente: Registro diario de remisiones, vigencia 2018

Según grupo etario el 37% de los usuarios remitidos tenían edades comprendidas entre los 28 y 59 años, seguidos por usuarios mayores de 60 años (26%).

En relación al régimen de afiliación el 96% (37827) de las remisiones a usuarios del régimen Subsidiado y solo el 1% a PPNA (398). En menor proporción se remitieron usuarios del régimen contributivo, Especial y SOAT.

Se coordinaron y realizaron 14.510 traslados internos y externos en Ambulancias TAB de la ESE CEO, 53% a nivel complementario y 46% de traslados internos (entre sedes de la ESE para apoyo diagnóstico u hospitalización).

CONSOLIDADO TRASLADOS EN AMBULANCIA REALIZADOS, AÑO 2018

TRASLADOS EN AMBULANCIA REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2018	
Motivo del traslados	Total año
Hospitalización	897
Interconsulta	230
Remisión	6613
Ayudas diagnosticas (Rx - Ecografías)	5612
Urgencia vital	1079
UV extramural y/ traslados a domicilios	67
Contrareferencia	12
TOTAL	14510

Fuente: **Fuente: Registro diario de traslados, vigencia 2018**

Las IPS de red complementaria que aceptaron remisiones fueron: Hospital Universitario Hernando Moncaleano, Clínica Uros, Clínica Emcosalud, Clínica COVEN, Clínica Bello Horizonte, Clínica Esimed y Clínica Medilaser entre otros.

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ÁREA TÉCNICO CIENTÍFICA

Apoyo técnico a los procesos contractuales:

- ✓ Se lideró el acompañamiento y apoyo a la Gerencia para los procesos contractuales con las EAPB, y la suscripción de los convenios y contratos interadministrativos con el municipio de Neiva.

SEGUIMIENTO A LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD CON LAS EAPB VIGENCIA 2018.

CONTRATACIÓN SERVICIOS DE SALUD EAPB VIGENCIA 2018				
COMFAMILIAR	JULIO 2018 - JUNIO 2019		SERVICIOS	TARIFA
	PGP	Afiliados Régimen subsidiado Neiva Asignados. (61.332)	Asistencial y Urgencias	Monto Mensual \$1.181.535.000 Tarifa global SOAT - 30%
	CAPITA	100% Afiliados Régimen Subsidiado Neiva. (102.2019)	PYP	Valor Usuario Mes \$6.662
	EVENTO	Población en Movilidad Contributivo, Portabilidad y urgencias otros municipios	Asistencial y PYP	SOAT - 30%
MEDIMAS	JULIO 2018 - ABRIL DE 2019		SERVICIOS	TARIFA
	CAPITA	100% Afiliados Régimen Subsidiado. (28.582)	Asistencial, Urgencias y PYP	Valor Usuario Mes \$18.405
	EVENTO	Usuarios del regimen subsidiado no capitados	Asistencial, Urgencias y PYP	SOAT - 15%
COMPARTA	ENERO - DICIEMBRE		SERVICIOS	TARIFA
	CAPITA	100% Afiliados Régimen Subsidiado de Neiva. (1.070)	Asistencial, Urgencias y PYP	Valor Usuario Mes \$18.960
ASMET SALUD	ENERO - DICIEMBRE		SERVICIOS	TARIFA
	EVENTO	Portabilidad regimen subsidiado	Asistencial y Urgencias	SOAT VIGENTE
	EVENTO	Portabilidad regimen subsidiado	PYP	SOAT VIGENTE
	EVENTO	Portabilidad regimen contributivo	Asistencial y Urgencias	SOAT VIGENTE
	EVENTO	Portabilidad regimen contributivo	PYP	SOAT VIGENTE
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	ENERO - DICIEMBRE		SERVICIOS	TARIFA
	EVENTO	Régimen subsidiado y Movilidad	Asistencial, Urgencias y PYP	SOAT - 10%
UNION TEMPORAL TOLIHUILA	ENERO - DICIEMBRE		SERVICIOS	TARIFA
	EVENTO	Usuarios del Magisterio	Asistencial, Urgencias y PyP	SOAT - 15%
CONSORCIO FONDO DE ATENCION A PPL	JULIO 2016 - MARZO 2019		SERVICIOS	TARIFA
	EVENTO	Usuarios a cargo del INPEC	Asistencial, Urgencias y PyP	SOAT VIGENTE
MALLAMAS	ABRIL - DICIEMBRE		SERVICIOS	TARIFA
	EVENTO	Usuarios en portabilidad	Asistencial, Urgencias y PyP	SOAT VIGENTE

Fuente: Contratos con las EAPB 2018

SEGUIMIENTO A CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS VIGENCIA 2018.

CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS VIGENCIA 2018			
NUMERO	OBJETO	VIGENCIA	VALOR
830 DE 2018	ATENCIÓN A PPNA	10 MESES Y 15 DIAS	\$617.057.040
908 DE 2018	ETV	10 MESES	\$381.569.831
987 DE 2018	PIC	7 MESES Y 15 DIAS	\$1.051.512.383
931 DE 2018	TAB SAN PEDRO	1 MES	\$19.000.000
1387 DE 2018	TAB FIN DE AÑO	1MES	\$19.000.000
1424 DE 2018	DOTACIÓN DE 2 SALAS ERA: CANAIMA Y PALMAS Y 4 ZONAS DE LACTANCIA: VEGALARGA, FORTALECILLAS, CAGUAN Y SAN LUIS.	6 MESES	\$36.304.360

Fuente: Convenios Interadministrativos 2018

- ✓ Igualmente se lideraron procesos de contratación de bienes (Medicamentos, insumos médico quirúrgicos) y servicios de personal del área técnico Científica y para algunos servicios misionales en su etapa precontractual, contractual y pos-contractual.
- ✓ Apoyo en la elaboración y sustentación de informes para los entes de control sectorial, control administrativo, Control fiscal, Control político y Audiencias para la rendición de cuentas. Igualmente participación y apoyo a los diferentes programas y proyectos liderados por la Gerencia para la modernización y mejoramiento de la gestión Administrativa en la prestación de los servicios Misionales (Modernización institucional, implementación INDIGO, PAIS Y MIAS).

- ✓ Apoyo en el comité de conciliación y para la Defensa Judicial, con la emisión de conceptos técnicos, planteamiento y desarrollo de políticas, acciones de mejora e iniciativas para mitigar los riesgos de nuevas demandas por errores administrativos y asistenciales en la prestación de los servicios de Salud. Se participó en la elaboración y apoyo de respuestas, sustentación técnica para la contestación de tutelas y derechos de petición del área jurídica.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Las actividades realizadas por el área de vigilancia epidemiológica durante el año 2018, estuvieron encaminadas hacia el análisis de los eventos de notificación obligatoria 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 por RIPS logrando un perfil epidemiológico ajustado a la realidad.

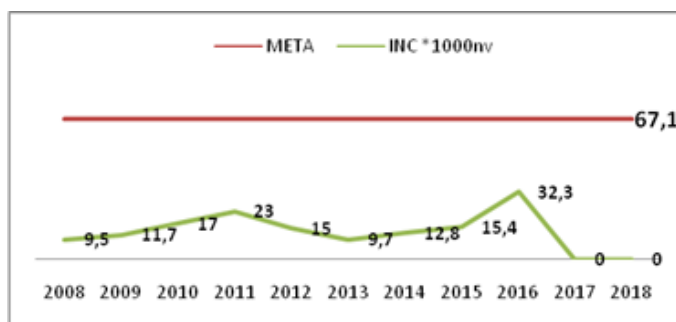
- **Seguimiento a eventos centinelas**

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 71 unidades de análisis, para un cumplimiento de 100%. El 83% corresponde a eventos relacionados con la gestación y la niñez.

- **Bajo peso al nacer:** No se presentaron casos durante el 2018

BAJO PESO AL NACER 2008 - 2018



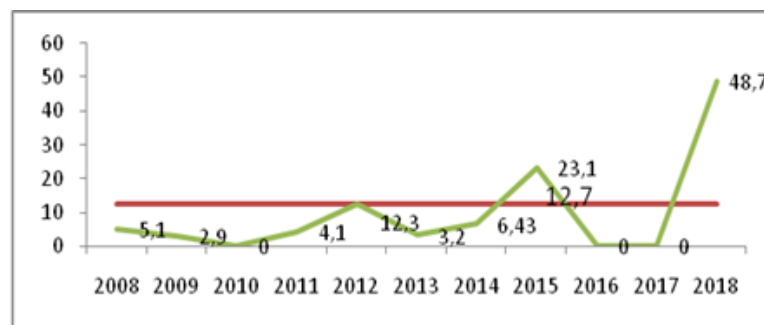
Sivigila 2018

Indicador: Proporción de niños con Bajo peso al nacer 2018: 0 casos x 1000nv

Meta: 67,1 x 1000nv

- **Mortalidad perinatal:** Se presentaron 2 casos durante el 2018 de la zona rural de San Luis, un caso está relacionado con los cuidados prenatales y el otro caso está relacionado con atención **neonatal extra institucional**.

MORTALIDAD PERINATAL 2008 - 2018



Sivigila 2018

Meta: 12,7 x 1000nv

Indicador: Razón de mortalidad perinatal 2017: 49 casos * 1000 nacidos vivos.

Observaciones: 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.

Durante el análisis de los dos casos se identificó factores de riesgo como:

- ✓ Demora en la búsqueda de la atención.
- ✓ Falta de reconocimiento en los signos de alarma.
- ✓ Residencia en zona rural lejana, de difícil acceso, con desplazamiento en vías en mal estado.
- ✓ Inasistencia a CPN.
- ✓ Alto riesgo obstétrico por gestante adolescente.
- ✓ Inicio de controles prenatales tardíos (28.5 semanas).
- ✓ Controles prenatales deficientes.
- ✓ Periodo intergenesico corto y alto riesgo psicosocial
- ✓ Parto domiciliario.

- **Sífilis gestacional:** En el 2018 se reportaron 44 casos, se realizó seguimiento al 100% de los eventos.

CASOS DE SIFILIS GESTACIONAL 2018

SEGUIMIENTO A SIFILIS GESTACIONAL ESE CEO 2018

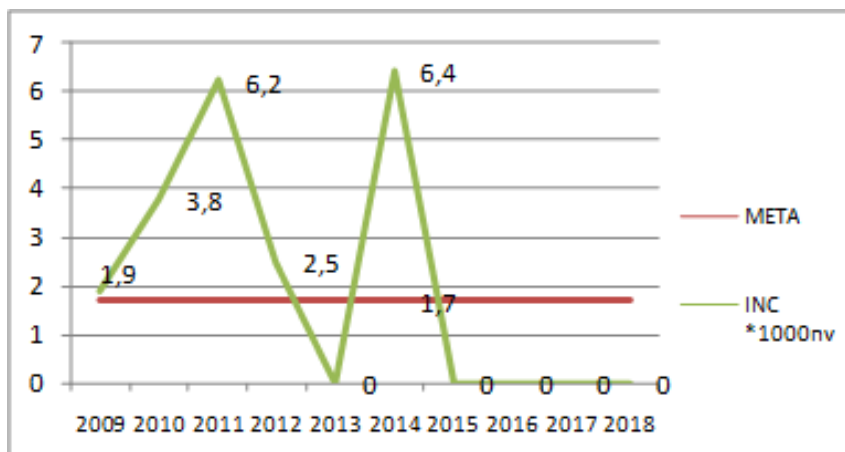
INDICADORES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Total gestantes atendidas	1434	1350	1513	1472	1509	1367	1392	1438	1309	1388	1334	1181	
proporcion sífilis gestacional / número de gestantes	0,21	0,07	0,13	0,20	0,13	0,37	0,29	0,76	0,23	0,14	0,30	0,34	
número de gestantes diagnosticadas en el I TRIMESTRE	1	0	1	1	0	3	3	2	1	1	2	2	17
número de gestantes diagnosticadas en el II TRIMESTRE	1	1	0	1	2	1	1	6	1	1	1	2	18
número de gestantes diagnosticadas en el III TRIMESTRE	1	0	1	1	0	1	0	3	1	0	1	0	9
TOTA ESE CEO	3	1	2	3	2	5	4	11	3	2	4	4	44
Granjas	0	0	1	1	1	1	1	2	1	0	0		2
Palmas	0	1	0	0	1	1	2	4	0	1	1		11
IPC	3	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1		11
Caraima	0	0	0	1	0	2	0	4	1	1	2		12
Tratamientos adecuados	3	1	1	3	2	4	4	11	3	2	4		34
Tratamientos terminados	3	1	2	3	2	5	4	11	3	2	4		43
% tratamientos adecuados	100	100	50	100	100	80	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	93
% tratamientos terminados	100	100	100	100	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	97,7
Número de gestantes diagnosticadas antes de semana 17	2	0	1	1	1	4	3	4	2	1	2	2	23
Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17	67	0	50	33	50	80	75	38	67	50	50	50	52
oportunidad en el diagnóstico (promedio 2 días)	2,3	0	0,5	0,6	1	2,2	1,3	1,3	1	1	0,5	0,5	1,1
oportunidad en el tratamiento (promedio 4 días)	2	3	5	4,6	3,5	2	6	3	2,6	1,5	3	2,25	3,0
número de casos nuevos de sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad por sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sivigila 2018

Al 98% de los casos se les termino tratamiento, el 2% corresponde a una usuaria con tratamiento incompleto, debido a negativa de la paciente venezolana. El porcentaje de cumplimiento para tratamientos adecuados es de 93% ocho puntos más que en el 2017, esta cifra es debida a dos causas principales: la primera son las gestantes que se infectan en el último trimestre de gestación (2) y la segunda causa son tratamientos que se terminan por decisión del paciente (1). La oportunidad del diagnóstico esta en 1,1 días y de inicio de tratamiento 3 días. El 47% de las parejas fueron tratados, los demás no se tratan por motivos como: no viven actualmente con ellos.

- **Sífilis congénita:** Durante el 2018 no se presentan casos de sífilis congénita en los partos atendidos en nuestra institución.

SIFILIS CONGENITA 2009 - 2018



Sivigila 2018

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

- ✓ Seguimiento a gravíndex positivos por el servicio de urgencias, se canalizan y se inscriben al control prenatal.
 - ✓ Seguimiento a serologías positivas se realiza seguimiento tanto a hombres como mujeres con reportes de serologías positivas para inicio de tratamientos y controlar fuentes de infección.
 - ✓ Seguimiento a mujeres con pruebas de gravíndex negativos y captación a programas de planificación familiar.
 - ✓ Seguimiento al suministro de preservativos a las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional.
 - ✓ seguimiento serológico por un año garantizando la curación o detectando oportunamente la reinfección.
 - ✓ Se garantiza el tratamiento a la pareja independiente de su filiación a la EAPB.
- **Centinelas en niños**

INDICADOR CENTINELA	CENTINELAS Nº DE CASOS 2015	DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2015	%	CENTINELAS Nº DE CASOS 2016	Nº DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2016	%	Nº DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2017	%	CENTINELAS Nº DE CASOS 2018	Nº DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2018	%
Otitis Media Supurativa en Menor De 5 Años.	246	205	83%	313	300	96%	258	77%	210	202	96%
Hospitalización por Neumonía en menores de 5 años.	27	27	100%	63	63	100%	40	12%	12	10	83%
Hospitalización por EDA en menores de 5 años.	28	28	100%	44	44	100%	35	11%	10	8	80%
TOTAL	301	260	92%	420	407	97%	333	95%	232	220	95%

Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

Cumplimiento en visita domiciliaria de casos centinela en niños 95% en el 2018. Es importante aclarar que existen dificultades en la ubicación del paciente por estas dos causas el 19% tenían dirección errada y el 23% casa cerrada o inexistente. 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 2011 - 2018

Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
91%	96%	96%	96%	92%	97%	95%	95%

- **Rotavirus**

Objetivo: Investigar y analizar el comportamiento de las principales enfermedades de interés en salud pública

Meta: toma de 100% muestras a niños menores 5 años que presenten diarrea que amerite hospitalización.

Cumplimiento: Se tomaron muestras a 40 niños que cumplen con el criterio de la definición de caso, de los cuales 43% (17) reportaron como positivo. Al 100% de los niños se les tomo muestra. Durante el 2018 se reportaron más casos positivos que en el 2017.

MUESTRAS DE ROTAVIRUS TOMADAS EN EL 2017 - 2018

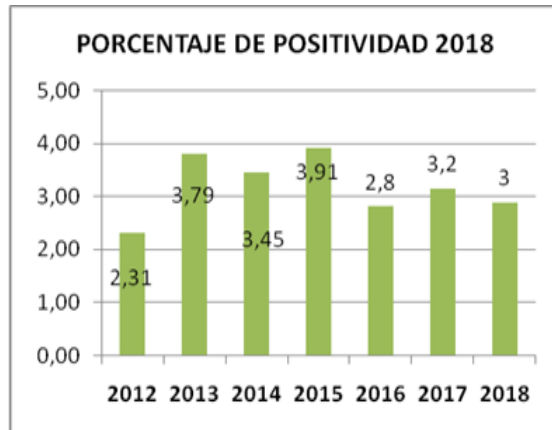
AÑO	Numero de eventos notificados	Nº De Muestras	Reporte	Pendientes por Reporte
2017	46	46	Negativos: 36 Positivos: 10	0
2018	40	40	Negativos: 23 Positivos: 17	0

Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

- **Programa de Tuberculosis**

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

Cumplimiento: Durante el año ingresaron al programa de tuberculosis 77 casos nuevos, 15 reingresos por pérdida, 2 fracasos y 1 previamente tratado, para un total de 95 pacientes, de ellos 12 extra pulmonares y 83 pulmonares. La ESE Carmen Emilia captó 58 pacientes nuevos al programa, con un porcentaje de positividad del 3%, es decir se captaron 34 pacientes bacilíferos (baciloscopia +).



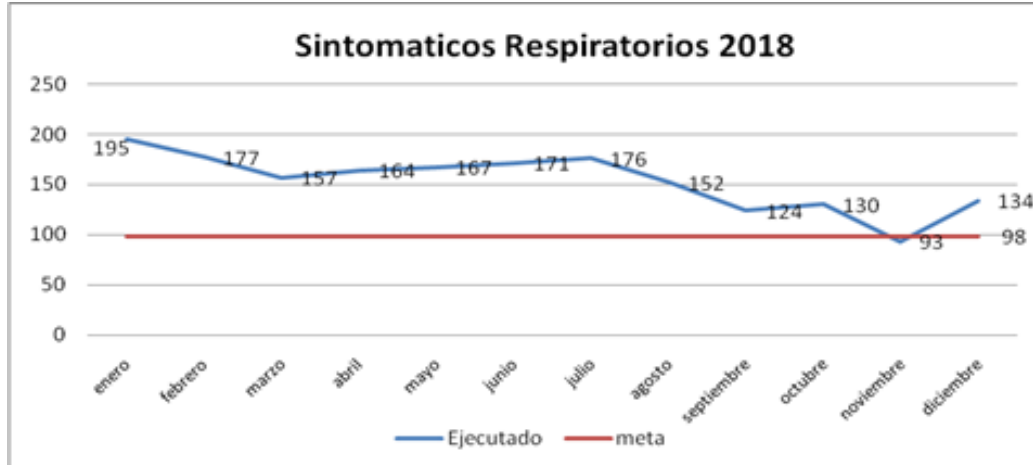
Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

- **Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios**

Objetivo: realizar diagnóstico bacteriológico a todo sintomático respiratorio, definido como las personas que presenten tos por más de 15 días de duración.

Meta: 1.840 sintomáticos respiratorios (5% de la población mayor de 15 años que consulta por primera vez por consulta externa durante el año).

Cumplimiento: Se captaron 1840 que corresponde a 156%.



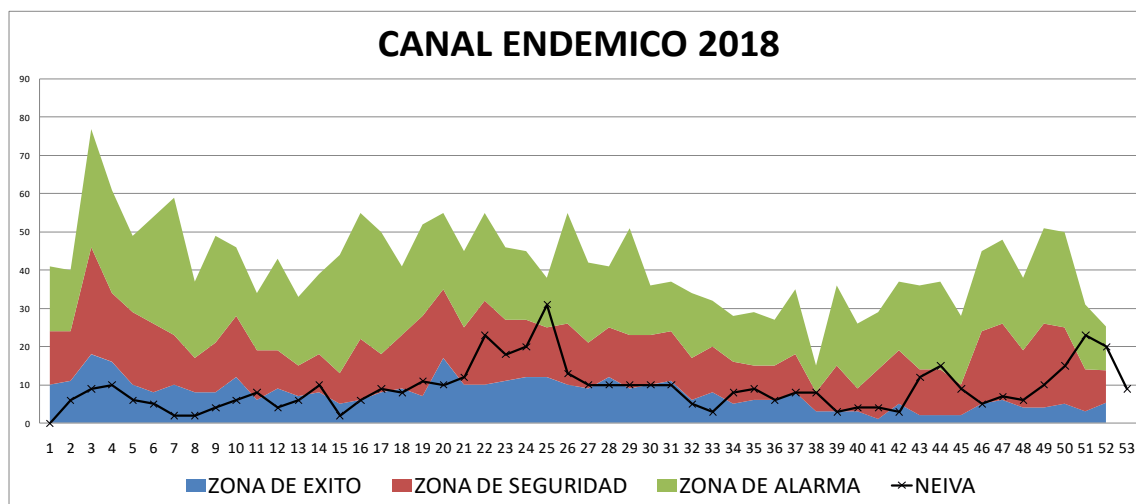
Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

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

- ✓ Celebración del día mundial de la tuberculosis.
- ✓ Participación en diferentes brigadas de atención en salud con la búsqueda de sintomáticos respiratorios por las diferentes comunas de la ciudad.
- ✓ Educación en los servicios de urgencias a los pacientes y sus acompañantes sobre la TBC.

- ✓ Implementación de protocolo de etiqueta respiratoria.
- ✓ Reconocimiento al profesional de la medicina por su compromiso y adherencia a la guía del programa de tuberculosis.
- ✓ Suministro de tratamiento ANTI TB domiciliario para pacientes con discapacidades por estado de salud y/o acceso.

- **Seguimiento a Dengue**



Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2012 -2018

Desde la semana 1 hasta la semana 21 del año epidemiológico, estuvimos ubicados en la zona de seguridad. En las semanas 25, 51 a 52 nos encontramos en zona de alerta por aumento del número de casos, esto influenciado por los cambios climáticos. Durante el 2018 no se reportó mortalidad por dengue. Se notificaron 483 eventos, 143 (30%) con signos de alarma, los cuales se presentan con mayor frecuencia en niños y niñas menores de 10 años.

Dentro de las estrategias que se desarrollaron en el 2018 está el seguimiento a los pacientes con dengue, diagnóstico e implementación de la ruta de atención de enfermedades infecciosas (dengue - leishmaniasis), participación de jornadas educativas para el personal de vectores y la comunidad en control del vector.

AÑO	NÚMERO DE CASOS REPORTADOS	CONFIRMADOS	MORTALIDAD POR DENGUE
2013	1983	530	1
2014	1912	722	0
2015	1116	205	0
2016	609	61	0
2017	278	16	0
2018	483	60	0

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2012 -2018

- **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

Meta: 95%

Cumplimiento: Se notificaron 4.687 eventos al SIVIGILA para un cumplimiento de la notificación del 98%. En cuanto ajustes se identificaron 546 eventos para ajuste y un cumplimiento del 98%. 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 SIANEPS para respaldar el proceso de BAI.

CUMPLIMIENTO EN AJUSTES SIVIGILA							
Año 2011:	Año 2012:	Año 2013:	Año 2014:	Año 2015:	Año 2016:	Año 2017:	Año 2018:
86%	96%	96%	96%	95%	76%	97%	98%

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2011 -2018

Morbilidad

Morbilidad Por El Servicio De Urgencias I – II - III- IV Trimestre 2018

MORBILIDAD 4TRIMESTRE DE 2018 - SERVICIO DE URGENCIAS

NOMBRE DE DIAGNOSTICO	MENOR 1	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general
Gastroenteritis y colitis de origen no especificado		396	169	90	387	189	246	34	1511
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso		368	149	85	362	174	265	31	1434
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		63	37	41	422	237	361	69	1230
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		590	193	49	176	86	129	6	1229
FIEBRE, NO ESPECIFICADA		479	260	109	182	49	66	9	1154
CEFALEA		14	53	70	427	274	304	12	1154
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA		395	149	54	129	82	150	12	971
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		54	85	72	344	185	210	18	968
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		213	113	82	276	134	135	4	957
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA		265	152	69	190	84	118	11	889
otras causas	2	3396	1897	1430	7672	4540	7256	824	27017
Total general	2	6233	3257	2151	10567	6034	9240	1030	38514

Se identifica que las causas o motivos de consulta por el servicio de urgencias durante el año 2018 son similares en cada uno de los trimestres de análisis, los síndromes febriles, infección respiratoria del tracto superior y las gastroenteritis son las principales causas de consulta por este servicio. La población que más consulta por esta causa son los menores de 5 años. Las infecciones de vías urinarias y cefalea afectan principalmente a la población joven y adulta.

MORBILIDAD III TRIMESTRE DE 2018, SERVICIO URGENCIAS

NOMBRE -DIAGNOSTICO	MENOR 1	1 A 5	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	6 A 10	MAYOR 80	Total general
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso		468	75	357	172	250	185	23	1530
FIEBRE NO ESPECIFICADA		588	111	191	79	128	339	7	1443
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		663	64	175	94	151	260	16	1423
Gastroenteritis y colitis de origen no especificado		441	66	319	176	202	198	18	1420
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		72	60	475	273	361	56	72	1369
CEFALEA		11	93	410	267	357	52	22	1212
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA		504	63	137	94	168	185	15	1166
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		248	93	333	149	124	128	2	1077
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		54	96	348	171	217	120	21	1027
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA		279	81	202	106	124	190	11	993
Otras Causas	1	3290	1449	7516	4509	7468	1965	777	26975
Total general	1	6618	2251	10463	6090	9550	3678	984	39635

Para el tercer trimestre las gastroenteritis infecciosas como no especificadas fueron la principal motivo de consulta, los grupos poblacionales de 1 a 5 años fueron los más afectados por esta patología. Las afecciones respiratorias de vías aéreas superiores fueron otro de los principales motivos de consulta entre las patologías de mayor frecuencia están la rinofaringitis aguda, amigdalitis y otras no especificadas la población menor de 5 años es la que más consulta por esta causa. Las principales causas de consulta de la población de 16 a 30 años son las infecciones urinarias y cefalea. Ambos grupos poblacionales son los que más utilizan el servicio de urgencias.

MORBILIDAD II TRIMESTRE DE 2018 - SERVICIO URGENCIAS -

NOMBRE - DIAGNOSTICO	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	936	455	166	316	172	256	20	2.320
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	877	398	150	275	183	309	25	2.217
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	909	499	205	280	129	156	12	2.190
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	397	261	155	283	141	205	14	1.456
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	418	234	128	365	155	138	5	1.443
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	466	166	77	317	163	181	18	1.388
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	91	54	57	466	248	313	64	1.293
CEFALEA	14	65	98	418	282	338	9	1.224
Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	399	179	69	232	115	142	15	1.151
FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	339	198	88	177	136	176	6	1.120
otras causas	3.679	2.046	1.632	7.560	4.402	7.423	820	27.563
Total general	8.525	4.555	2.825	10.689	6.126	9.637	1.008	43.365

En el segundo trimestre de 2018, se registraron **43.354** diagnósticos de urgencias más que en el primer trimestre, esto es debido al aumento de afecciones respiratorias de las vías aéreas superiores, que fueron las principales causas de consulta en este periodo de tiempo. El grupo poblacional que consulto con más frecuencia fue de 1 a 5 años.

MORBILIDAD 1TRIMESTRE DE 2018 - SERVICIO URGENCIAS

NOMBRE - DIAGNOSTICO	MENOR 1	1 A 5	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	6 A 10	MAYOR 80	Total general
FIEBRE, NO ESPECIFICADA		979	204	364	147	236	409	19	2358
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO		649	130	434	216	332	256	28	2045
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA		794	97	170	106	209	264	20	1660
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		762	96	168	101	164	261	13	1565
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		73	65	422	232	296	58	58	1204
CEFALEA		13	92	418	244	330	58	18	1173
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA		315	111	208	87	144	190	13	1068
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		330	66	281	115	103	131	5	1031
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		76	96	356	165	219	91	24	1027
FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		261	57	122	71	111	121	10	753
OTRAS CAUSAS	1	4081	1490	7128	4225	7248	2050	864	27087
Total general	1	8333	2504	10071	5709	9392	3889	1072	40970

Fuente: Sistemas de informacion Dinámica RIPS I - II - III trimestre 2018

La principal causa de consulta en el primer trimestre es la fiebre no especificada. La población de 1 a 10 años es la más afectada por esta patología. Al igual que en otros servicios la gastroenteritis, tuvo gran impacto en la población y fueron las principales causas de consulta de los pacientes. Las afecciones de las vías aéreas respiratorias superiores (rinofaringitis, amigdalitis, faringitis) son las principales causas por las que se consulta en los servicios de urgencias.

Morbilidad Por El Servicio De Consulta Externa I – II – III - IV Trimestre 2018

MORBILIDAD 4TRIMESTRE DE 2018 - CONSULTA EXTERNA

NOMBRE DE DIAGNOSTICO	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)				27	341	3899	609	4876
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	167	182	145	138	47	132	3	814
CEFALEA	16	47	72	224	174	256	7	796
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	45	36	24	164	163	311	26	769
LUMBAGO NO ESPECIFICADO		6	18	157	188	363	22	754
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION				12	100	591	24	727
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	260	138	48	55	41	145	10	697
VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS	8	12	22	336	198	110	1	687
MAREO Y DESVANECIMIENTO	7	16	52	147	139	219	17	597
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	31	49	51	115	99	178	5	528
otras causas	3461	2338	3294	11907	5785	11593	849	39227
Total general	3995	2824	3726	13282	7275	17797	1573	50472

La hipertensión arterial sigue siendo la principal motivo de consulta por este servicio en el 2018, la parasitosis afecto principalmente a infantes y adolescentes. Los adultos consultan con más frecuencia por cefalea y mareo.

Los motivos de consulta durante el 2018 continúan siendo los mismos en cada trimestre evaluado.

MORBILIDAD III TRIMESTRE DE 2018, SERVICIO CONSULTA EXTERNA

NOMBRE -DIAGNOSTICO	MENOR 1	1 A 5	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	6 A 10	MAYOR 80	Total general
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			2	17	335	4279		653	5286
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION				9	109	673		31	822
CEFALEA		24	85	229	165	243	56	9	811
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		45	27	154	183	331	30	32	802
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION		184	130	126	52	97	181	6	776
LUMBAGO NO ESPECIFICADO			19	122	155	357	5	23	681
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		256	51	44	29	103	116	7	606
VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA		3	33	240	192	111	11		590
MAREO Y DESVANECIMIENTO		8	44	152	145	198	15	16	578
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		48	46	114	94	161	53	8	524
Otras Causas	1	3339	3520	11369	5590	10922	2574	760	38075
Total general	1	3907	3957	12576	7049	17475	3041	1545	49551

Por la consulta externa las principales causas de morbilidad están definidas para las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión y diabetes) en población de 31 a 80 años, se evidencia presencia de estas enfermedades en población de edad productiva y joven entre los 16 y 30 años considerándose estos datos de importancia por el impacto que estas enfermedades tienen como la principal causa de mortalidad en la población. Al igual que en urgencias la población menor de cinco años es diagnosticada con frecuencia por parasitosis y resfriado común, la población joven (16-30 años) frecuentan los servicios por cefalea y vaginitis en mujeres. La población adulta 46 años y más consultan con mayor frecuencia por este servicio.

MORBILIDAD II TRIMESTRE DE 2018 - CONSULTA EXTERNA -

NOMBRE DIAGNOSTICO	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)					19	319	4.040	589	4.967
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		345	158	58	84	65	170	16	896
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		37	33	29	168	177	344	28	816
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION					13	85	626	50	774
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION		137	170	129	111	52	116	2	717
CEFALEA		14	51	92	211	116	221	8	713
LUMBAGO NO ESPECIFICADO			2	13	115	163	370	16	679
MAREO Y DESVANECIMIENTO		5	21	51	116	128	229	23	573
VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA		4	12	28	232	178	104		558
DOLOR EN ARTICULACION		8	16	20	53	95	341	23	556
TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO		6	54	68	120	87	178	1	514
OTRAS CAUSAS	2	3.102	2.375	3.310	11.058	5.326	10.301	784	36.258
Total general	2	3.658	2.892	3.798	12.300	6.791	17.040	1.540	48.021

MORBILIDAD 1TRIMESTRE DE 2018 - CONSULTA EXTERNA

NOMBRE - DIAGNOSTICO	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)				1	19	331	3860	628	4839
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION				110	2055	481	2		2648
EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE			331	694	1117				2142
CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION			188	491	948	213	60		1900
EXAMEN MEDICO GENERAL		174	82	84	211	179	667	36	1433
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO				40	962	148			1150
CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO		899	134	19	20				1072
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION		205	195	136	147	76	125	6	890
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION					11	90	676	31	808
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		332	145	70	65	49	129	15	805
CEFALEA		16	58	58	193	133	219	10	687
LUMBAGO NO ESPECIFICADO		1	6	20	134	167	337	13	678
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		37	24	23	130	131	289	24	658
DOLOR EN ARTICULACION		10	13	22	70	92	340	26	573
MAREO Y DESVANECIMIENTO		5	19	58	121	124	204	6	537
VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA		1	5	21	196	140	91		454
OTRAS CAUSAS	4095	1833	11230	4999	10315	456	5469	792	26667
Total general	4095	3513	12430	6846	16714	2810	1530	3	47941

Fuente: Sistemas de información Dinámica RIPS I II III trimestre 2018

En consulta externa se registraron 48.021 diagnósticos en el segundo trimestre 2018, el grupo de población que más consulto al servicio fue el de 6 a 10 con infecciones de vías Aéreas superiores y de 16 a 30 con vaginitis y cefalea, las enfermedades relacionadas con el riesgo cardiovascular (**hipertensión arterial**), sigue ocupando el primer lugar en población adulta y adulto mayor. Su comportamiento fue similar al trimestre anterior.

Morbilidad Por El Servicio De Odontología I – II – III - IV Trimestre 2018
MORBILIDAD 4TRIMESTRE DE 2018 - CONSULTA DE ODONTOLOGIA

NOMBRE DE DIAGNOSTICO	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	244	244	237	636	384	431	4	2180
EXAMEN ODONTOLOGICO	214	130	116	412	85	22		979
PULPITIS	13	36	31	192	164	160	1	597
RAIZ DENTAL RETENIDA	16	73	27	115	84	200	9	524
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	22	50	11	61	45	83	1	273
NECROSIS DE LA PULPA	5	3	12	52	39	65	1	177
PERIODONTITIS AGUDA	1	1	3	12	26	120	6	169
FRACTURA DE LOS DIENTES	7	14	15	37	35	51	1	160
GINGIVITIS CRONICA	10	16	17	63	29	24		159
EXFOLIACION DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS SISTEMICAS	10	64	21					95
ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	8	12	4	21	18	25	1	89
Otras causas	31	40	33	275	116	276	13	784
Total general	581	683	527	1876	1025	1457	37	6186

Para lo corrido del año 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. Cuando la caries no recibe un tratamiento oportuno esta termina en necrosis de pulpa, la cuales la segunda causa de morbilidad, y que en el 95% de los casos es causada por caries dental. En el ciclo de vida de la infancia se observa alteraciones importantes en la salud oral es importante fomentar la higiene oral en esta población.

MORBILIDAD III TRIMESTRE DE 2018, CONSULTA DE ODONTOLOGIA

NOMBRE -DIAGNOSTICO	1 A 5	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	6 A 10	MAYOR 80	Total general
CARIES DE LA DENTINA	628	484	1787	1249	1446	780	13	6387
EXAMEN ODONTOLOGICO	316	176	512	127	49	211	2	1393
NECROSIS DE LA PULPA	5	42	233	252	274	12		818
RAIZ DENTAL RETENIDA	32	26	95	119	190	94	11	567
GINGIVITIS CRONICA	24	56	136	70	77	24	1	388
FRACTURA DE LOS DIENTES	14	26	79	83	155	24	3	384
EXFOLIACION DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS SISTEMICAS	28	53			1	211		293
PULPITIS	5	15	91	85	81	10		287
ABRASION DE LOS DIENTES		1	5	60	218	2	1	287
Otras Causas	68	74	314	175	486	110	20	1247
Total general	1120	953	3252	2220	2977	1478	51	12051

MORBILIDAD II TRIMESTRE DE 2018 - CONSULTA ODONTOLOGIA -

NOMBRE -DIAGNOSTICO	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	586	732	497	1.678	1.186	1.280	16	5.975
EXAMEN ODONTOLOGICO	354	207	154	540	128	38	2	1.423
NECROSIS DE LA PULPA	5	2	48	263	249	265		832
RAIZ DENTAL RETENIDA	41	94	30	96	110	169	8	548
GINGIVITIS CRONICA	49	52	75	164	90	103	1	534
PULPITIS	5	10	17	90	115	97	1	335
FRACTURA DE LOS DIENTES	10	17	26	59	68	127	3	310
EXFOLIACION DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS SISTEMICAS	31	212	58			3		304
ABRASION DE LOS DIENTES				6	53	161	2	222
PERIODONTITIS CRONICA			2	8	19	114	5	148
ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE	3	24	13	76	19	4		139
PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL		2		4	10	64	7	87
OTRAS CAUSAS	46	69	38	176	104	215	7	655
Total general	1.130	1.421	958	3.160	2.151	2.640	52	11.512

En el segundo trimestre la consulta por odontología se registraron 11.512 diagnósticos, el grupo de población que más consulto el servicio fue de 1 a 10 años. La primer causa de consulta es la caries dentina. En el tercer trimestre aumento el número de diagnósticos por caries las cuales aparecen en edades tempranas (infancia) y esta situación de salud está asociado directamente a la falta de higiene oral.

MORBILIDAD 1TRIMESTRE DE 2018 - CONSULTA ODONTOLOGIA

NOMBRE -DIAGNOSTICO	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	629	536	404	1332	958	1079	10	4948
EXAMEN ODONTOLOGICO	379	140	120	587	112	38		1376
NECROSIS DE LA PULPA	8	12	33	232	205	243	6	739
RAIZ DENTAL RETENIDA	31	57	25	90	109	181	15	508
PULPITIS	13	15	11	60	83	101		283
GINGIVITIS CRONICA	24	21	24	73	38	35	1	216
FRACTURA DE LOS DIENTES	11	6	15	48	39	71	1	191
EXFOLIACION DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS SISTEMICAS	23	116	29	1		1		170
PERIODONTITIS CRONICA				5	26	120	6	157
ABRASION DE LOS DIENTES				4	28	108	1	141
ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE	3	15	6	37	16	3		80
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	8	17	2	8	11	24		70
OTRAS CAUSAS	49	51	41	165	104	229	13	652
Total general	1178	986	710	2642	1729	2233	53	9531

Fuente: Sistemas de información Dinámica RIPS I-II-III trimestre 2018

Morbilidad Por El Servicio De Hospitalización I- II-III-IV Trimestre 2018

MORBILIDAD 4TRIMESTRE DE 2018 - SERVICIO DE HOSPITALIZACION

NOMBRE DE DIAGNOSTICO	1 A 5	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	6 A 10	MAYO 80	Total general
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	4	1	10	5	13	5	3	41
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	4		10	6	11		4	35
AMENAZA DE ABORTO			11					11
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	3	2			4			9
CELULITIS DE LA CARA	4	1	3			1		9
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	2		1	1			4	8
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO		1	1	1	2	2		7
CELULITIS DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE		1	2		2		2	7
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	1		2		1			4
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3					1		4
otras causas	10	0	23	9	36	2	3	83
Total general	31	6	63	22	69	11	16	218

Las infecciones de vías urinarias y de piel son las principales causas de morbilidad durante el 2018. La primera es la causa más frecuente en el grupo de edad de los 46 a 80 años. Las infecciones de piel afectan principalmente a la población de 16 a 30 y 46 a 80 años se presentan como celulitis ubicadas en diferentes sitios del cuerpo, abscesos o erisipela. Durante los trimestres analizados los motivos de hospitalización continúan siendo los mismos.

MORBILIDAD III TRIMESTRE DE 2018, SERVICIO DE HOSPITALIZACION

NOMBRE -DIAGNOSTICO	MENOR 1	1 A 5	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	6 A 10	MAYOR 80	Total general
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		1	2	3	2	6	1		15
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS				3	1	2		1	7
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA		2		1	1	1			5
CELULITIS DE LA CARA		3					1		4
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso		1		1	1	1			4
PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE				4					4
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION			1	2					3
SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA				3					3
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA						2		1	3
Otras Causas	1	11	1	23	8	17	2	3	66
Total general	1	18	4	40	13	29	4	5	114

MORBILIDAD II TRIMESTRE DE 2018 - SERVICIO HOSPITALIZACION -

NOMBRE -DIAGNOSTICO	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS			1	5	3	7	1	17
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1	2		7	3	2	1	16
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	3		1	1		1		6
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	3	1					1	5
AMENAZA DE ABORTO			1	2				3
INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO				3				3
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA			1	1	1			3
PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION				3				3
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES			1	1				2
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE LA CUELLO			1			1		2
CELULITIS DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE						2		2
CELULITIS DE LA CARA	1		1					2
FIEBRE, NO ESPECIFICADA		1			1			2
OTRAS CAUSAS	7	0	1	15	6	22	4	55
Total general	15	7	6	38	13	35	7	121

En lo corrido del segundo trimestre, se registraron al servicio de hospitalización 114 diagnósticos. La principal causa son las celulitis e infecciones de vías urinarias, neumonías y las celulitis de miembros; los grupos poblacionales más afectados son los de 1 A 30 años. En niños la neumonía y la gastroenteritis son las principales causas de hospitalización y en el ciclo de vida de la juventud son las infecciones urinarias y celulitis

MORBILIDAD 1TRIMESTRE DE 2018 - SERVICIO DE HOSPITALIZACION

NOMBRE - DIAGNOSTICO	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3	2	1	3	4	13	4	30
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	6		1		4	8	3	22
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	7	2	1	1		3	1	15
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS		1		4	4	4		13
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA						10	3	13
ERISPELA						5		5
CELULITIS DE LA CARA	4					1		5
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO		1		1		3		5
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2	2				1		5
PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE				5				5
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	1			1	1		1	4
OTRAS CAUSAS	17	6	1	24	13	32	5	98
Total general	40	14	4	39	26	80	17	220

Fuente: Sistemas de informacion Dinámica RIPS -II -III trimestre 2018

INDICADORES DE CALIDAD

A continuación se muestran los indicadores trazadores de la institución acordes a la circular 256 de 2016, para el monitoreo de la calidad en salud.

1.6.1 Tasa de Caída de pacientes

	AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	Hospitalización	0,0005	0,0014
	Urgencias	0,007	0,008
	Consulta externa	0,001	0,001
	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0,003	0,000

Fuente: Dinámica gerencial punto Net - Archivo de Indicadores de Calidad

Con respecto al indicador para el caso del servicio de Hospitalización el número de casos en el año 2018 (7 caídas) aumento con respecto al año 2017 (3 caídas); para el servicio de urgencias el año 2018 y 2017 presentaron el mismo número de caídas (13 caídas). Para el área de consulta externa el indicador tuvo el mismo comportamiento durante los dos años evaluados, por último en los servicios de apoyo diagnóstico se evidencia una disminución del indicador con un dato de 0% de caídas versus el 0.003% para el 2017. Sin embargo al validar todos los resultados de los indicadores de 2018 se evidencia que se encuentran dentro de la meta espera que es menor o igual al 1%.

El incremento en el indicador se da debido a que el personal presenta mayor confianza en el reporte incidentes o eventos y se realiza mayor búsqueda activa de los casos presentados a través de la concurrencia médica. Durante el año 2018 se han generado diferentes estrategias para el mejoramiento del

cumplimiento del protocolo de prevención de caídas de tal forma que redunde en la disminución de las mismas, estas estrategias han consistido en:

- ✓ Actualización del protocolo de prevención de caídas (versión 4 vig. 03/04/2018).
- ✓ desarrollo de la lista de cheque para seguimiento al protocolo de prevención de caídas a nivel hospitalario y ambulatorio (Versión 4 vig. 05/04/2018).
- ✓ Socialización del protocolo de prevención de caídas,
- ✓ Inicio de la medición cuatrimestral de la adherencia al protocolo de prevención de caídas.
- ✓ Se generaron acciones de mejora a través de planes de mejoramiento por cada uno de los servicios asistenciales acorde a los resultados de las mediciones.

Proporción de eventos adversos relacionados con medicamentos

	AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	Hospitalización	0,001	0,001
	Urgencias	0,00058	0.012

Fuente: Dinámica gerencial punto Net - Archivo de Indicadores de Calidad

Se evidencia el mismo resultado para el área de hospitalización comparando año 2017 versus 2018, para el caso del servicio de urgencias se evidencia un incremento en el indicador comparando los dos años, esto dado al número de casos (10 Casos 2017) y (20 Casos año 2018), sin embargo este aumento es resultado del fortalecimiento del reporte y la búsqueda activa a través del programa de Farmacovigilancia y la concurrencia medica en los servicios.

Los resultados del año 2018 se encuentran dentro de la meta esperada que debe ser menor o igual al 2%, de los casos que se verificaron en su mayor proporción fueron no prevenibles, y se generó el correspondiente reporte al programa de Farmacovigilancia del INIVMA. Derivados de los casos que se determinaron como prevenibles se establecieron acciones de mejora en pro de evitar la ocurrencia de los mismos.

Tasa de Ulcera por presión

AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	0	0

Fuente: Dinámica gerencial punto Net - Archivo de Indicadores de Calidad

El indicador presenta un valor de cero (0) resultado que se encuentra dentro de la meta esperada que es menor o igual a 1%. Esto sujeto a que las estancias de pacientes no son tan prolongadas y se da manejo adecuado de aquellos que pueden presentar en algún momento el riesgo de la ocurrencia de una úlcera por presión.

1.6.4 Reingresos

	AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	Reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	0,8 %	0.7%
	Reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	0, 13 %	0.24%

Fuente: Dinámica gerencial punto Net - Archivo de Indicadores de Calidad

Se evidencia que tanto para urgencias como para hospitalización se encuentran dentro de la meta esperada que corresponde al 3% y 2% respectivamente. Comparando los reingresos al servicio de urgencias se evidencia un número menor de casos en el 2018 (1203) versus el 2017 (1417). Para el caso de los reingresos al servicio de hospitalización, solo se evidencian el aumento de 1 (uno) para el año 2018 versus el 2017, y el número de egresos en el 2018 es menor al del 2017 lo cual puede generar un aumento del indicador.

Con respecto a este indicador se vienen generando diferentes estrategias para la disminución de los mismos como son:

- ✓ Seguimiento a la pertinencia médica a través de la concurrencia diaria en los servicios asistenciales.
- ✓ Análisis de casos específicos que permitan identificar causas o factores contributivos que permitan la generación de acciones de mejoramiento que correspondan.

Oportunidad atención de urgencias Triage II

AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	19.7	16.3

Fuente: Dinámica gerencial punto Net - Archivo de Indicadores de Calidad

Se evidencia una tendencia a la disminución de la oportunidad de atención del Triage II con respecto al comparativo año 2017 y 2018, encontrando que los resultados se encuentran por debajo de la meta institucional que corresponde a

30 minutos. Con el fin de generar mejoramiento con respecto a este indicador y mantener los resultados dentro de la meta esperada se han realizado diferentes estrategias tales como:

- ✓ Reforzamiento de la capacitación del personal de enfermería que realiza la clasificación del Triage
- ✓ Mejoramiento del proceso de inducción del personal asistencial.
- ✓ Seguimiento a través de listas de chequeo para verificar la aplicación del triage, que derivan en acciones de mejoramiento de acuerdo a los resultados.

Promedio de espera para la asignación de Consulta Médica General

AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	3.4	1.72

Fuente: Dinámica gerencial punto Net - Archivo de Indicadores de Calidad

Se evidencia en el año 2018 un mejoramiento del resultado frente al año 2017, encontrándose dentro de la meta esperada que es igual o menor a 3 días. Durante el año 2018 se generaron varias estrategias en aras de garantizar la oportunidad adecuada en la prestación del servicio como:

- ✓ Asignación de más horas al personal médico para ampliación de agenda médica.
- ✓ Se realizó contratación de nuevo personal médico para cubrir horas.
- ✓ Se definió un médico de apoyo para los casos en los que la agenda se encuentre completamente llena.

Promedio de espera para asignación de cita de Odontología General

AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	3.9	2.2

Fuente: Dinámica gerencial punto Net - Archivo de Indicadores de Calidad

Para el indicador de promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General para el año 2018 se evidencia un mejoramiento frente al año 2017 encontrándose dentro de la meta esperada que es igual o menor a 3 días, con resultados positivos de la estrategia de seguimiento mensual a la agenda para generar acciones de intervención.

Tasa de infección intrahospitalaria

AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	0,09%	0.00%

Fuente: Dinámica gerencial punto Net - Archivo de Indicadores de Calidad

La tasa de infección intrahospitalaria mantiene una tendencia a la baja comparando el año 2018 con 2017, se evidencia la no presencia de casos, logrando la meta esperada que corresponde al 2%. Este resultado se debe al refuerzo en el seguimiento de las medidas de bioseguridad que deben aplicar para los pacientes que se encuentran en aislamientos y mejoramiento de la adherencia al protocolo de lavado de manos.

Tasa de satisfacción global

AÑOS	2017	2018
RESULTADOS	99%	99%

Fuente: Dinámica gerencial punto Net

La tasa de satisfacción de los usuarios se ha mantenido en el 2017 y 2018, se encuentra por encima del estándar propuesto del 95%. Hay que tener en cuenta que este indicador se gestiona con los usuarios que son efectivamente atendidos en los diferentes servicios y acorde a la medición de encuestas establecida por proceso.

Cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad, El proceso de GARANTIA DE LA CALIDAD, desarrolla sus actividades a través de los subprocesos de: **Gestión de la Información, Gestión de Habilitación, PAMEC, Seguridad de Paciente, Gestión de Acreditación, Evaluación y Seguimiento y aprendizaje organizacional** para el año 2018:

SUBPROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Este subproceso desarrolla los procedimientos relacionados con la administración, actualización, modificación, validación, aprobación y eliminación de documentos que generan los diferentes procesos para el desarrollo de sus actividades y lo relacionado con la generación y seguimiento a indicadores de calidad, en aporte del mejoramiento continuo.

Fuente: tabla de control de documentos

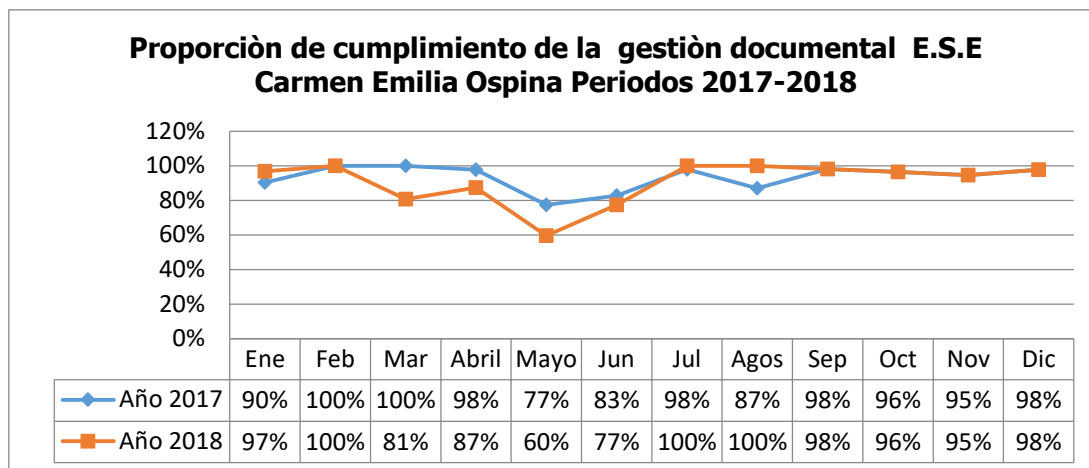
Identificación validación y seguimiento a la documentación:

Para la implementación de este procedimiento durante el año 2018 se realizó una actualización al procedimiento denominado "Identificación, validación y seguimiento de documentos" con versión 6 y vigencia 14/09/2018, con el fin de fortalecer las actividades descritas en el mismo para el seguimiento y control de la gestión documental. A continuación se describen los avances en la gestión documental del año 2018:

Con respecto a los documentos del mapa de procesos institucional, para el año 2018 se ajustaron un total de 513 documentos, comparado con el año 2017 con un total de 328 documentos. Se realizó actualización de manuales, procedimientos, guías, documentos de apoyo y formatos de los cuales en su mayor proporción correspondieron a procedimientos modificados y formatos elaborados.

TIPO DE DOCUMENTO	AJUSTE REALIZADO	2016	2017	2018
Manuales	Elaborados	No se tenía dato desagregado	7	12
	Modificados		4	6
	Eliminados		19	2
	Total	14	30	20
Procedimientos	Elaborados	No se tenía dato desagregado	8	27
	Modificados		24	106
	Eliminados		13	17
	Total	34	45	150
Guías	Elaborados	No se tenía dato desagregado	2	20
	Eliminados		33	0
	Total	11	35	20
Documentos de apoyo	Elaborados	No se tenía dato desagregado	43	13
	Modificados		7	9
	Eliminados		4	22
	Total	48	54	44
Formatos	Elaborados	No se tenía dato desagregado	95	111
	Modificados		74	87
	Eliminados		103	81
	Total	40	272	279
TOTAL GLOBAL		147	328	513

Se realizó el seguimiento al cumplimiento de la creación, modificación y eliminación de los documentos en cada una de las áreas de acuerdo al de mapa de procesos según solicitudes realizadas, a través del indicador de proporción de cumplimiento de la gestión documental con los siguientes resultados:



Fuente: Formato de seguimiento a documentos- Ingeniería de procesos

El promedio de cumplimiento para el año 2018 fue del 92,3 % el cual disminuyó en 0.7 décimas frente al año 2017 cuyo valor fue del 93%, esto dado que en el último año durante el mes de Mayo y Junio no se logró la meta del indicador que es del 90%, sin embargo el promedio año se encuentra dentro de la misma.

SUBPROCESO DE HABILITACION

Para el año 2018 el 31 del mes de Enero de acuerdo al cronograma de trabajo del área de calidad, se realizó la autoevaluación de las condiciones de habilitación de las diferentes Sedes de la E.S.E en la plataforma REPS; realizando la renovación de Habilidad de los servicios ofertados por la empresa en las sedes Canaima, Caguán, Eduardo Santos, Fortalecillas, Granjas, IPC, Palmas, San Luis, Siete de Agosto y Vegalarga.

Así mismo se generó el informe final de autoevaluación de condiciones de habilitación de cada una de las sedes y servicios en el mes de Diciembre de 2018, incluyendo requisitos previos y los estándares correspondientes a: Talento Humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, Historias clínicas y registros e interdependencia de servicios. Esto con el fin de generar acciones de intervención que correspondan.

Durante el transcurso del año se realizaron algunas novedades ante el REPS de acuerdo a los servicios prestados como:

- ✓ Ampliación del número de camas del servicio de obstetricia sede Granjas
- ✓ Cierre de ambulancia Básica que se dio de baja.
- ✓ Apertura de ambulancias con respecto a la capacidad instalada en sede Canaima (2).

SUBPROCESO PAMEC

Se realizó ajuste al Programa de Auditoria para la Calidad 2017- 2018 con el fin de desarrollar el PAMEC en un ciclo de dos años, de acuerdo al cronograma establecido por la Coordinación de Calidad para el año 2018 y según la ruta crítica se realizaron las siguientes actividades:

- ✓ Primer Seguimiento al cumplimiento de actividades programadas para estándares de apoyo y cliente asistencial realizado en el mes de abril y Mayo de 2018, de acuerdo a la priorización de los procedimientos que se realizó.
- ✓ Medición del Desempeño de la calidad esperada a través de los indicadores clínicos que se midieron mes a mes con seguimiento a través de diferentes espacios organizacionales (comités), con acciones de mejora para aquellos que presentaron alguna desviación de acuerdo a la meta esperada.
- ✓ Se realizó el seguimiento a los procesos a través de auditorías internas realizadas por el área de calidad tales como (rondas de seguridad, procesos de transporte de muestras, Radiología, seguimiento a resultados críticos, seguimiento a indicadores de oportunidad en toma de muestras, adherencia a guías, rondas de seguridad, proceso de odontología, entre otras) y por el área de control interno (Contratación, Gestión del Talento Humano, Salud Ocupacional, Gestión de bienes y servicios Gestión de salud Ocupacional y Medio ambiente); así como a través de las auditorías externas recibidas por la Secretaria de Salud Municipal y entidades como EAPB.
- ✓ Se desarrollaron los diferentes comités institucionales en los cuales a través de los compromisos establecidos en los mismos se logró la generación de acciones de mejora a los procesos.
- ✓ Evaluación de acciones de mejora planteadas y desarrolladas durante el año 2018.
- ✓ Aprendizaje organizacional, descrito más adelante en el proceso de aprendizaje organizacional ítem 7 de este informe.

Así mismo se da inicio con la Nueva ruta y se realiza:

Definición de grupos de Autoevaluación por estándar: Se definieron los diferentes participantes y el líder para cada uno de los estándares que define la normatividad vigente.

Autoevaluación de los estándares de Acreditación: Se generó la autoevaluación de estándares de acreditación con las actividades desarrolladas

durante el ciclo anterior con cierre a Diciembre de 2018, obteniendo los siguientes resultados:

Grupo de estándares	Número de estándares	Promedio Calificación por grupo- avance (1 a 5) año 2017	Promedio Calificación por grupo- avance (1 a 5) año 2018
Direccionamiento	13	1,48	1,61
Gerencia	15	1,17	1,37
Talento Humano	16	1,21	1,40
G. Tecnología	10	1,16	1,23
G. información	14	1,37	1,41
G. Ambiente físico	11	1,20	1,38
Asistenciales	72	1,35	1,45
Derechos de los pacientes	4	1,06	1,06
Seguridad del paciente	3	1,13	1,78
Acceso	8	1,26	1,26
Registro e ingreso	3	1,11	1,11
Necesidades al ingreso	3	1,42	1,51
Planeación	18	1,45	1,54
Ejecución	6	1,34	1,40
Evaluación de la atención	4	1,72	1,80
Salida y seguimiento	2	1,43	1,43
Referencia y contra-referencia	5	1,04	1,06
Sedes en red	15	1,47	1,60
Mejoramiento asistencial	1	1,0	1,17
Mejoramiento	5	1,05	1,07
CALIFICACION PROMEDIO GLOBAL	156	1,30	1,42

Resultado de la autoevaluación de 1.42 para el año 2018, se incrementó en 12 puntos con respecto a la medición del año 2017; el mejoramiento en la calificación se debe al aumento de estándares de apoyo como: Dirección, Gerencia, Gerencia del talento Humano, Gestión de la tecnología, Gerencia de la información, Gerencia del ambiente físico y mejoramiento; así como los subestándares de Cliente asistencial como: Seguridad de paciente, Necesidades

al ingreso, planeación, ejecución y evaluación de la atención, referencia y contrarreferencia, sedes integradas en red y mejoramiento de cliente asistencial.

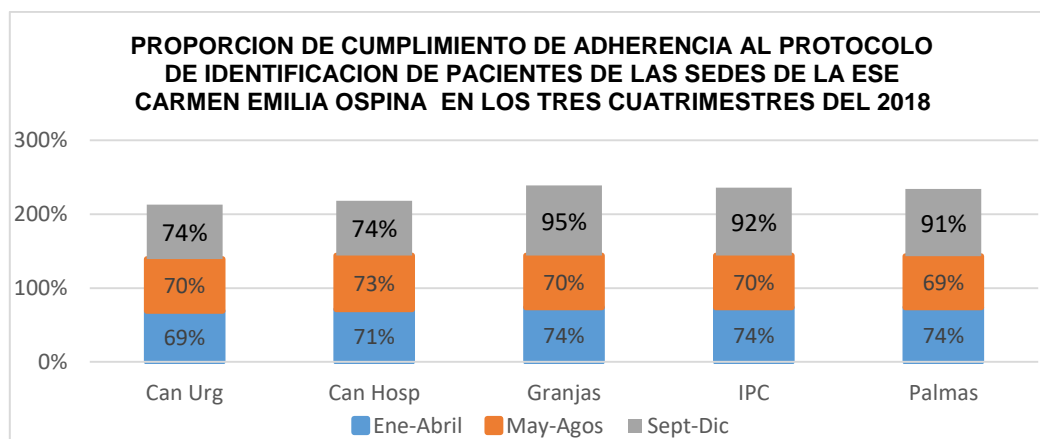
A partir de este resultado se dará continuidad a la ruta de PAMEC, con el desarrollo de la evaluación cualitativa, priorización de procesos y definición de oportunidades de mejora para el desarrollo del plan de mejora correspondiente para el año en curso.

SUBPROCESO SEGURIDAD DE PACIENTES

Este subproceso desarrolla a través de dos procedimientos Rondas de seguridad del paciente el cual se actualizo en el mes de Octubre de 2018 y el procedimiento de gestión de eventos adversos, incidentes y fallas de calidad ajustado e en el mes de Julio de 2018. Se generó un ajuste de los procedimientos de manejo de consentimiento informado, que propiamente no correspondiente a los procesos del área de calidad, sino de los servicios asistenciales, por lo cual se trasladaron.

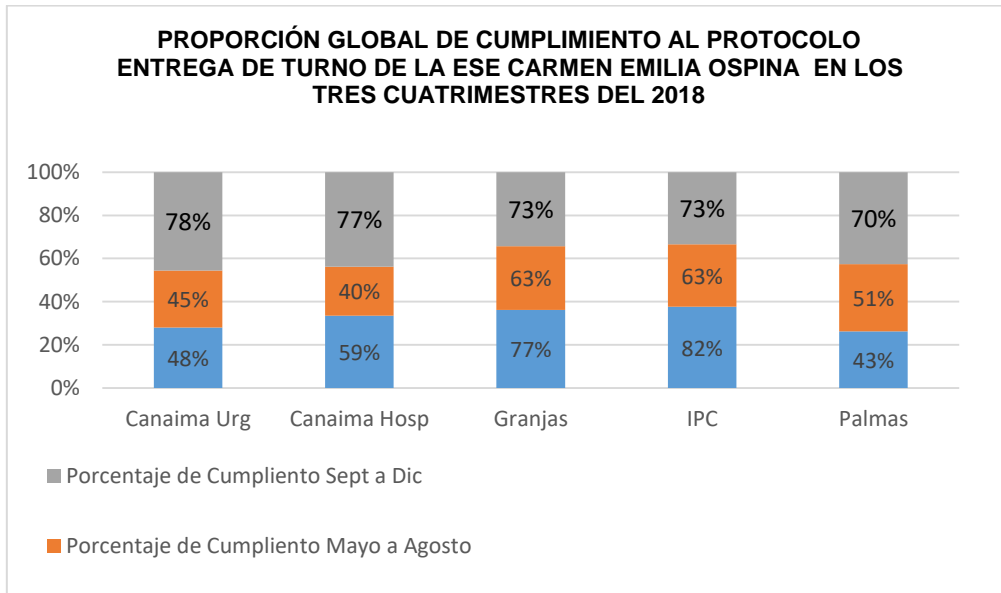
RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se realizó seguimiento a los protocolos de seguridad de paciente por parte del equipo de calidad acorde al cronograma de la Coordinación de Calidad correspondiente al año 2018, mejorando las listas de chequeo y ampliando los criterios de calificación obteniendo los siguientes resultados:

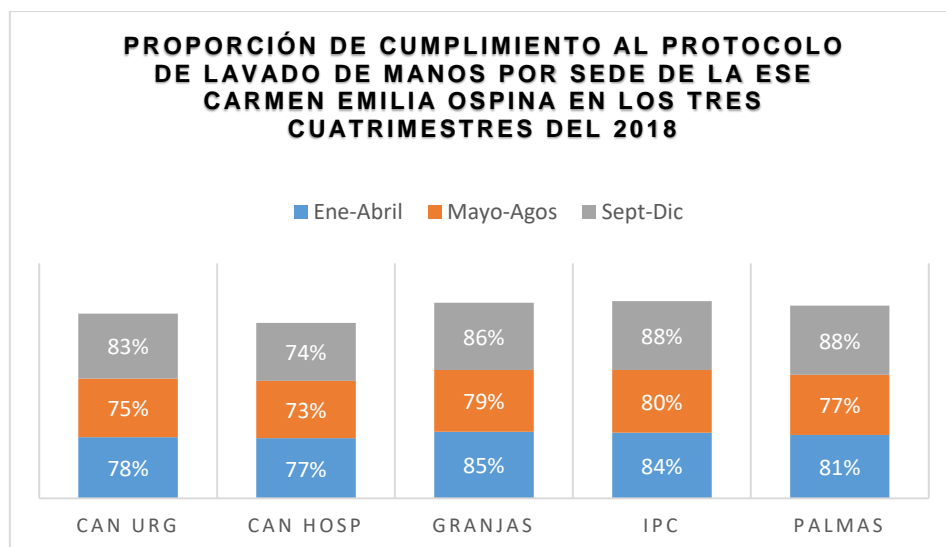


Se evidencia un mejoramiento en cada una de las sedes evidenciando una mayor proporción de cumplimiento en las sede de granjas, IPC y Palmas con un 95%, 92% y 91% respectivamente de acuerdo a la medición del último cuatrimestre comparado con la primera medición con datos de 74% de adherencia para los tres sedes. Para la sede Canaima a pesar de no lograr un porcentaje por encima del 90% se evidencia un mejoramiento pasando de un

69% urgencias y 71 % Hospitalización en el primer cuatrimestre al 74 % para el tercer cuatrimestre.

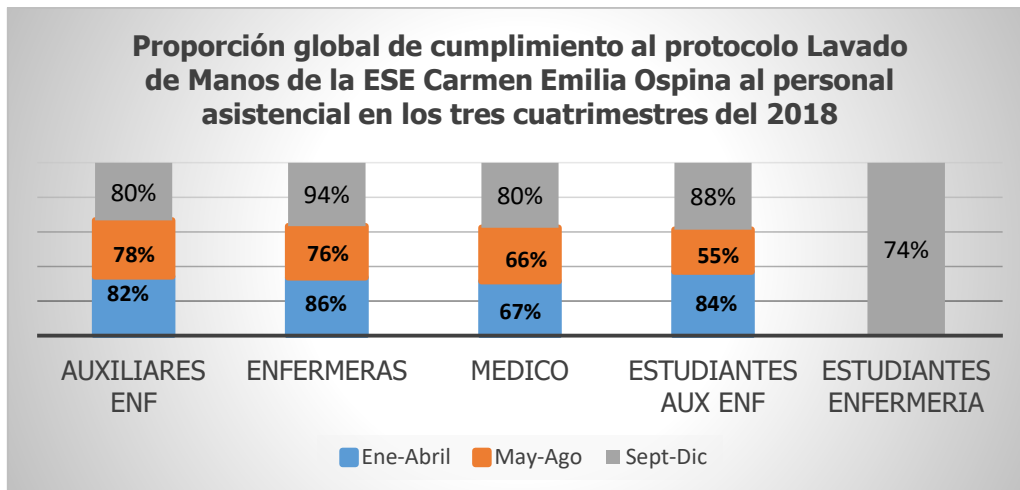


Se evidencia un mejoramiento en cada una de las sedes evidenciando una mayor proporción de cumplimiento entre el primer cuatrimestre y el tercero excepto para la sede de IPC de la cual la primera medición dio un resultado del 82% y para el segundo y tercer cuatrimestre bajo su adherencia, esto posiblemente debido algunos cambios de personal que se generaron. Sin embargo en general se viene realizando seguimiento y estrategias de mejoramiento frente a los resultados.



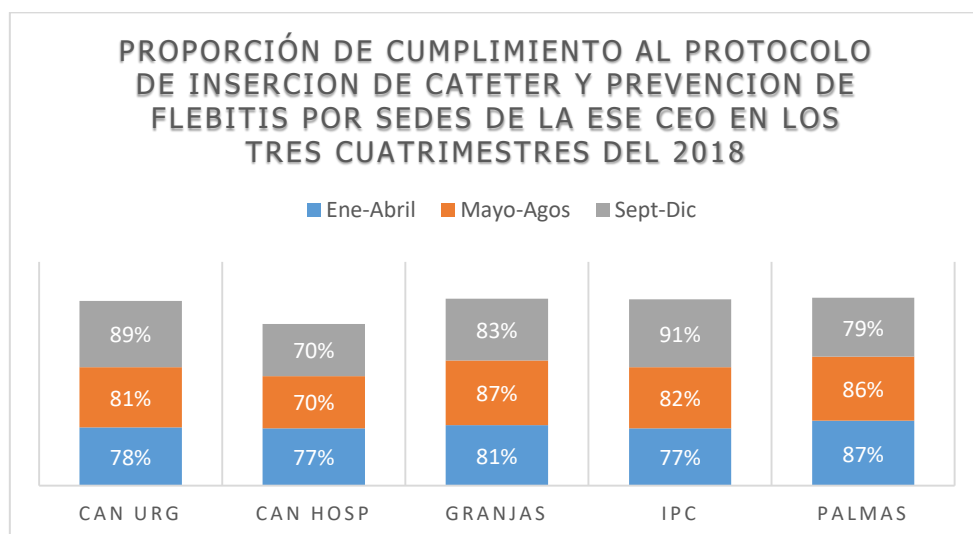
Se evidencia un mejoramiento en cada una de las sedes evidenciando una mayor proporción de cumplimiento para las sedes Palmas, IPC, Granjas y Canaima urgencias; para el caso de Canaima Hospitalización muestra

resultados con una tendencia estacionaria. Los resultados de mejoramiento aportan a la seguridad de paciente disminuyendo de esta forma las posibilidades de infecciones nosocomiales y mejoramiento de las normas de bioseguridad. La medición de la adherencia a lavado de manos también se generó por tipo de profesional encontrando los siguientes resultados:

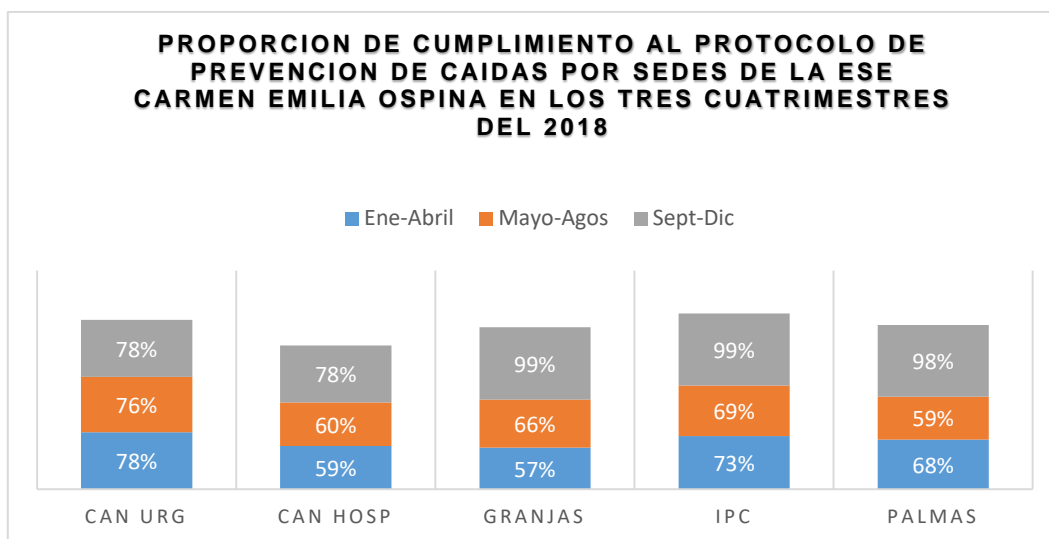


En general la mayor proporción de adherencia en todos los cuatrimestres evaluados se da por parte del personal de Jefes y auxiliares de enfermería con un 94% y 88% respectivamente. Durante el tercer cuatrimestre se observa un incremento del 66% al 80% por parte del personal médico.

En la medición correspondiente a los tres cuatrimestres al personal estudiantil del convenio docencia estudiantes Auxiliares de enfermería se evidencia un incremento del 55% al 88%, para el caso de Estudiantes de enfermería la primera medición se pudo llevar a cabo en el cuarto cuatrimestre por motivos de periodos de rotación establecidos con un 74% de cumplimiento inicial.



Con respecto al indicador de proporción global de cumplimiento al protocolo de inserción de catéter y prevención de flebitis se evidencia un mejoramiento en las sedes de IPC (91%) y Canaima Urgencias (89%), para el caso de las Sedes Granjas y Canaima hospitalización se evidencia un comportamiento con tendencia estacionaria con un promedio del 83% y 72% respectivamente. En la sede Palmas se evidencia una disminución en los resultados observados, de lo cual se generó plan de mejoramiento para intervención.



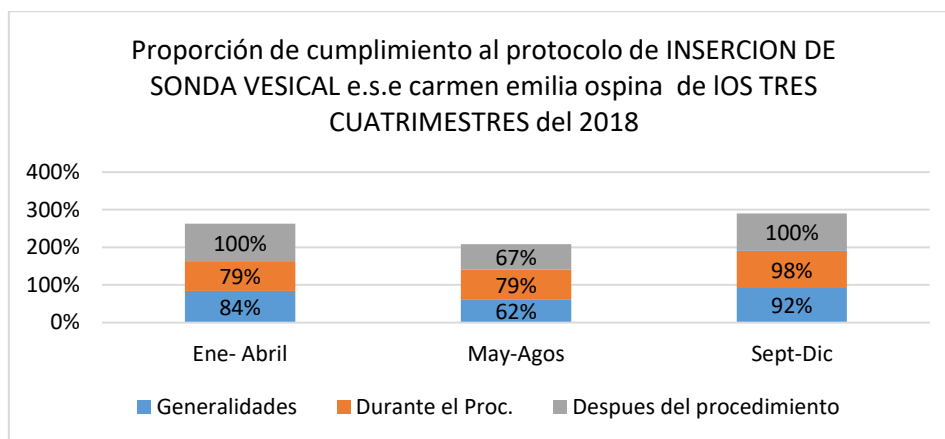
Con respecto al indicador de proporción global de cumplimiento al protocolo de prevención de caídas se evidencia un mejoramiento en cada una de las sedes con una mayor proporción de cumplimiento para las sedes IPC, Granjas, Palmas; para servicios de Canaima urgencias y hospitalización a pesar de evidenciarse un mejoramiento se encuentran por debajo de la meta esperada del 90%.

Los resultados de mejoramiento de este protocolo se evidencian en el incremento de criterios importantes tales como: Conocimientos del personal sobre el protocolo evaluado en las generalidades, educación al paciente y su familia, la aplicación de la escala de acuerdo a su periodicidad, así como la identificación correcta del riesgo del paciente durante su estadía en la institución como se evidencia en la siguiente tabla:

Periodo	Generalidades	Educación al paciente y Familia acerca del color de la manilla	Aplica la escala de Morse al Ingreso del Paciente	Aplica la escala de Morse cada 12 Horas	Identificación del paciente con la manilla del color correspondiente al riesgo
Ene- Abril	54%	52%	100%	14%	45%
May-Agos	57%	35%	96%	15%	62%

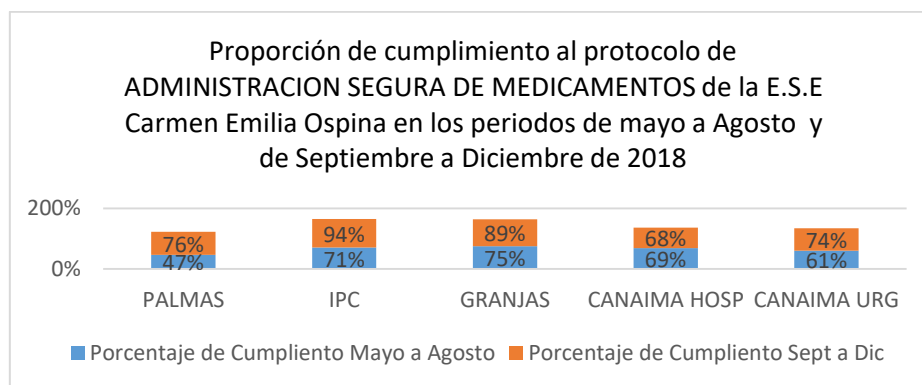
Sept-Dic	86%	90%	98%	80%	87%
----------	-----	-----	-----	-----	-----

Este mejoramiento se deriva de capacitación al personal, planes de mejoramiento generado por cada servicio, estrategias de seguimiento en las entregas de turno, aplicación de las listas de chequeo y retroalimentación a los líderes de servicio de los hallazgos, entre otras.



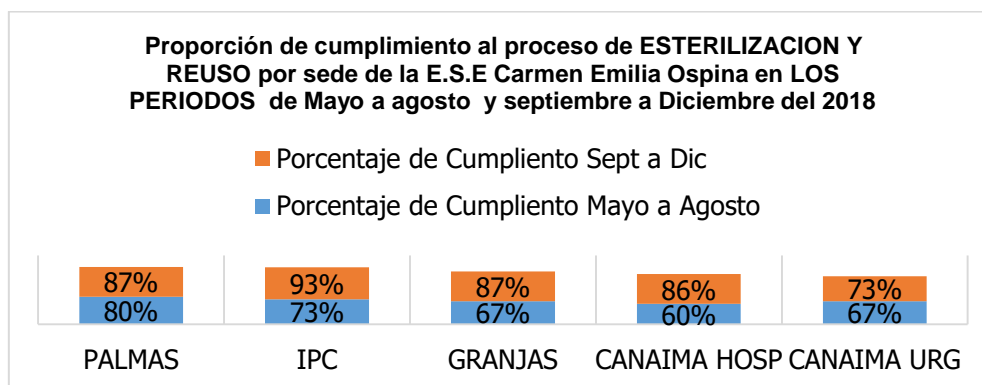
Para el caso de la medición de la adherencia al protocolo de inserción de sonda vesical, dado que el volumen de pacientes es muy bajo se realiza con aquellos que se identifican en las diferentes sedes durante las rondas realizadas.

El mejoramiento se da en los criterios de generalidades que corresponde al conocimiento y recursos para la aplicación del mismo, así como en las acciones a desarrollar de seguimiento posterior a la inserción del catéter con un cumplimiento del 100 % en el último cuatrimestre para los dos ítems, en lo que respecta a las acciones a realizar durante el procedimiento se deben fortalecer ya que el resultado se encuentran por debajo de la meta esperada con un resultado del 67% con disminución frente al cuatrimestre anterior.



La medición de la adherencia al proceso de administración segura de medicamentos se inició en el segundo cuatrimestre a partir del mes de Mayo del año 2018, con resultados de mejoramiento de la adherencia en las diferentes sedes encontrando un indicador de resultado del 94% para la sede IPC por encima de la meta del indicador que es del 90%; las sedes Granjas (89%), Palmas (76%), Canaima urgencias (74%) a pesar de no lograr la meta esperada si muestran un incremento en el periodo de septiembre a Diciembre versus la medición de mayo al mes de Agosto de 2018.

Para el caso de Canaima Hospitalización (68%) se evidencian que disminuyo el resultado frente al cuatrimestre de Mayo al mes de Agosto. Con respecto a este protocolo se deben generar las acciones de mejora correspondientes por cada una de las sedes de acuerdo al resultado de adherencia con menores resultados.



La medición de la adherencia al proceso de Uso y Re-uso de dispositivos en la institución se inició en el segundo cuatrimestre a partir del mes de Mayo, con resultados de mejoramiento de la adherencia en las diferentes sedes encontrando un indicador del 93% para la sede IPC por encima de la meta que corresponde al 90%; Las sedes Palmas (87%), Granjas (87%), Canaima Hospitalización (86%) y Canaima urgencias (73%) a pesar de no lograr la meta esperada si muestran un incremento en el periodo de septiembre a Diciembre versus la medición de mayo al mes de Agosto de 2018.

EVENTOS ADVERSOS

Se realizó la gestión del 100% de los incidentes y eventos adversos reportados y detectados en búsqueda activa en el año 2018; a través de la consolidación del formato de concurrencia; el cual a su vez es alimentado por varios funcionarios como médicos concurrentes, medico auditor de calidad, Coordinadora de Laboratorio clínico, auditora de odontología, profesional de apoyo al área de Calidad, enfermera de calidad y auxiliar administrativa de calidad.

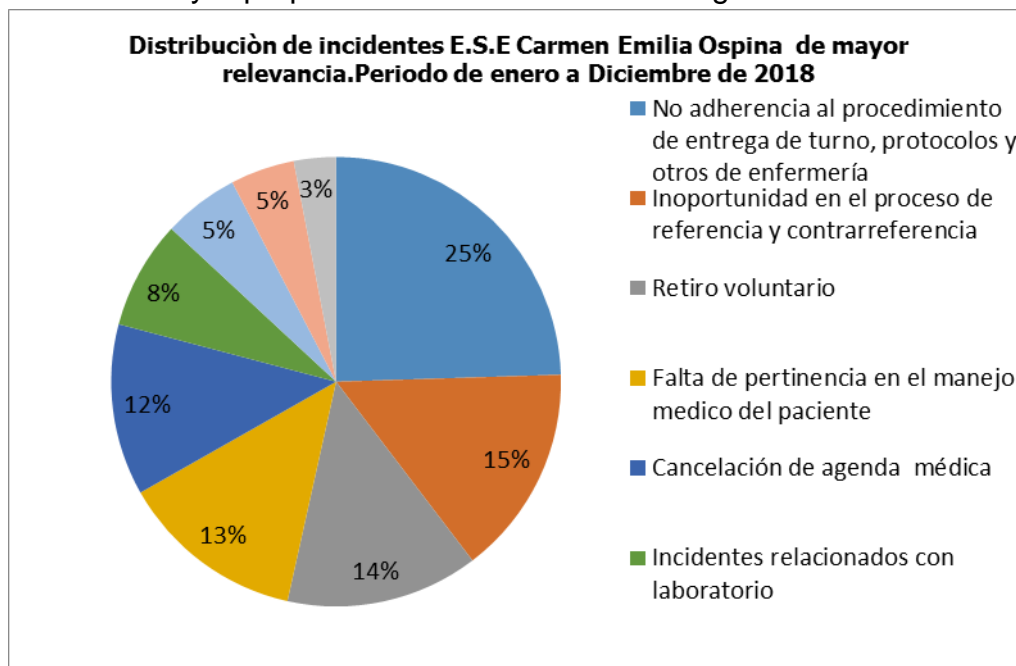
Se realizó el análisis de los eventos centinela entre los cuales tenemos las mortalidades, las caídas, o cualquier caso que genere el daño o pérdida de un órgano de paciente por protocolo de Londres.

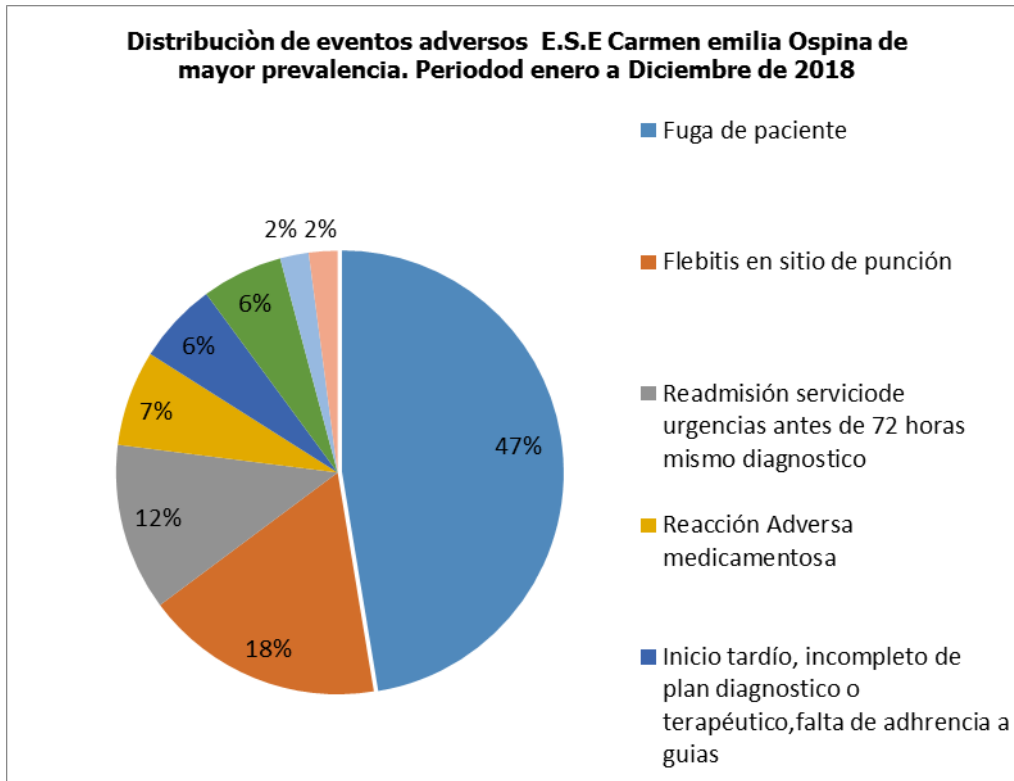
A continuación se describe el consolidado de gestión de los mismos con corte al mes diciembre de 2018:

AÑO	2016	2017	2018
TOTAL DE REPORTE	274	8193	1967
TOTAL DE INCIDENTES	120	7998	1651
TOTAL DE EVENTOS ADVERSOS	113	195	316

Se evidencia una disminución importante del número de reportes de incidentes frente al número del año 2017, esto dado que ese año se generaron un número importante de reporte de cancelaciones de agenda, radiaciones generadas y reporte de falta de insumos, los cuales han sido subsanados durante el año 2018. Sin embargo el número de eventos adversos aumento esto derivado de búsqueda actividad de casos.

El perfil de la mayor proporción de incidentes fue el siguiente:





Base de datos incidentes y eventos adversos año 2018, archivo magnético calidad

Las acciones de mejoramiento correspondientes se realizaron en el Comité de Calidad y seguridad a continuación se describen algunas de las mismas para el impacto y mejoramiento de los eventos e incidentes reportados:

- ✓ Capacitación al personal en los protocolos de seguridad de paciente
- ✓ Seguimiento al proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes por parte del equipo de médicos concurrentes.
- ✓ Seguimiento al manejo y pertinencia medica en situ
- ✓ Mejoramiento del proceso de talento humano en lo que respecta a permisos a fin de evitar cancelación de agendas médicas.
- ✓ Seguimiento al proceso de identificación correcta de muestras de laboratorio así como a la oportunidad de entrega de las muestras.
- ✓ Implementación del Manual de Misión Medica y ajuste al procedimiento de agresión a funcionarios.
- ✓ Mejoramiento de la oportunidad en la atención de los servicios de urgencias.
- ✓ Capacitación al personal de vigilancia en procesos de seguridad de paciente.
- ✓ Seguimiento a través del programa de Farmacovigilancia a los problemas relacionados con medicamentos y eventos.
- ✓ Fortalecimiento del protocolo de caídas de paciente.
- ✓ Entre otras

SUBPROCESO GESTIÓN DE ACREDITACIÓN

En este proceso se programa una autoevaluación de criterios de acreditación con resolución 123 de 2012, para cuantificar mejora en la calificación obtenida respecto al año anterior y tener el insumo para el planteamiento del PAMEC, esta actividad se llevó a cabo durante el mes de Enero de 2018 con el fin incorporar las acciones de mejoramiento a desarrollar en el PAMEC 2017 - 2018 y se describió en el ítem 2 subproceso PAMEC con un resultado en la calificación final de 1,42.

Dado que este subproceso se encuentra integrado al desarrollo de la ruta del PAMEC, se fusiono en el procedimiento "Elaboración programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad con enfoque de acreditación" vigencia 10/09/2018.

SUBPROCESO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

En este subproceso se desarrolla todo el programa anual de auditorías del Área de Calidad, para la vigencia del año 2018 se dio una proporción de cumplimiento del 90.6% del indicador general encontrándonos dentro de la meta esperada que corresponde al 90%, teniendo 202 programadas de las cuales se ejecutaron un total de 183. A continuación se describe el cumplimiento de cada uno de los funcionarios que realiza el proceso:

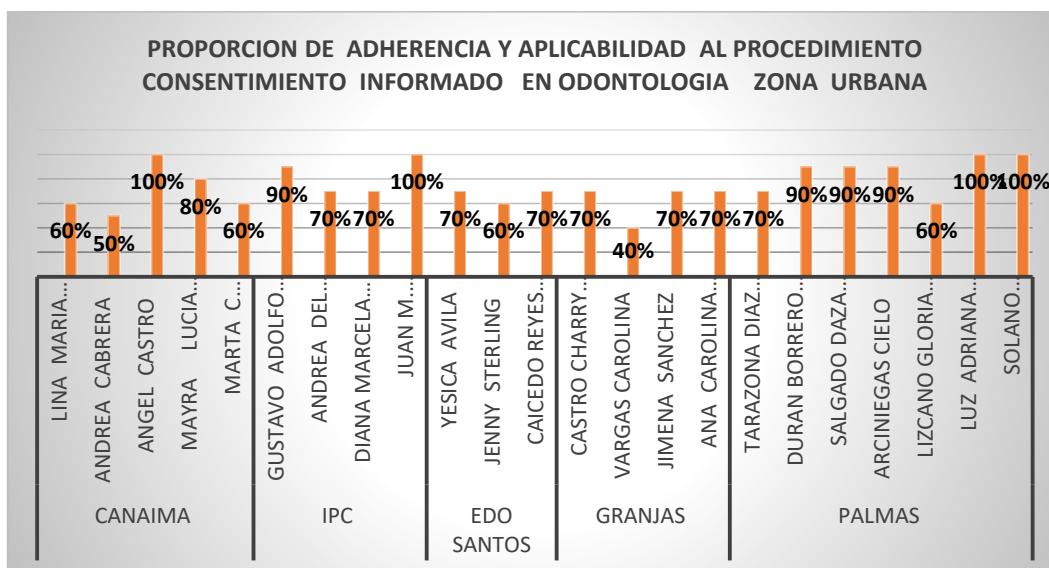
Área	Proporción de Cumplimiento de lo programado 2016	Proporción Cumplimiento de lo programado 2017	Proporción Cumplimiento de lo programado 2018
Coordinación de calidad	-----	100%	100%
Auditor de Laboratorio	88.8%	100%	89%
Auditor de Odontología	91,6%	87 %	94%
Auditor Enfermería	-----	100%	86%
Auditor Medico Calidad	91,6%	84%	97%
Auditor Medico Concurrente	-----	-----	100%

Así mismo se generó por parte del área de Calidad el acompañamiento a 25 auditorías realizadas por entes de control y EAPB ya sea directamente al área de calidad o a otros procesos misionales, como son: Secretaria de Salud Municipal (19), Comfamiliar (3), Comparta (1), Superintendencia Nacional de Salud (1), ACS (1), con el fin de dar el apoyo que se requiera así como lineamientos para acciones de mejora a nivel institucional.

Auditoria Consentimiento Informado:

Con respecto al proceso de consentimiento informado, para el mes de Diciembre de 2018, se generó una reubicación de los procedimientos en el mapa de procesos ya que se encontraban en el área de Garantía de la calidad esto producto de hallazgos de auditoría interna, dado que los mismos pertenecen a los procesos misionales se realizó la reasignación correspondiente.

En cumplimiento de la responsabilidad con respecto al seguimiento y auditoria por parte de calidad, se realizó auditoria al proceso de consentimiento informado para el servicio de odontología durante el mes de Diciembre de 2018 encontrando los siguientes resultados:



Proporción de cumplimiento a la adherencia del procedimiento de consentimiento informado por sede de la siguiente forma: Palmas 85,7%, IPC 82,5%, Canaima 70%, Eduardo Santos 62,5% y Granjas del 62,5%, encontrándose en general por debajo de la meta esperada. Para el área rural se obtuvieron los siguientes resultados: sede Caguán con un 100%, seguido de san Luis 90%, San francisco 80% y finalmente Vegalarga con un 70%. De los resultados anteriores se derivaron acciones de mejora con el equipo de odontología de la institución en pro del mejoramiento.

SUBPROCESO DE APRENDIZAJE INSTITUCIONAL

Dado que este subproceso se encuentra integrado al desarrollo de la ruta del PAMEC, se fusiono en el procedimiento "Elaboración programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad con enfoque de acreditación" vigencia 10/09/2018.

En la ES.E Carme Emilia Ospina el aprendizaje organizacional para el año 2018 se generó a través de:

- Ajustes de los documentos en el mapa de procesos por el mejoramiento institucional que apoya el desarrollo de la ruta de PAMEC para el año 2018 con los siguientes resultados:

TIPO DE DOCUMENTO	TOTAL
MANUALES	22
PROCEDIMIENTOS	106
DOCUMENTOS DE APOYO	31
FORMATOS	106

- Durante este periodo el área de calidad realizó capacitaciones al personal para el mejoramiento de los procesos institucionales así como la realimentación sobre resultados de auditoría a procesos como:

TEMÁTICA	FECHA	SEDE - PERSONAL DE INTERÉS
Retroalimentación al personal auxiliar de enfermería de la auditoría a las historias clínicas	Enero de 2018 Julio de 2018	Granjas – Palmas – IPC - Canaima
Protocolo de entrega de turno - Bioseguridad - lavado de manos - Aislamiento Hospitalario	Enero de 2018	Personal de enfermería sede Canaima
Reentrenamiento al personal de enfermería en clasificación Triage	Febrero 2018	Granjas – IPC – Canaima - Palmas
	Marzo de 2018	
	Abril de 2018	
	Agosto de 2018	Granjas
Socialización del protocolo de higiene respiratoria	Abril de 2018	Personal de Vigilancia Auxiliares de SIAU Auxiliares de Facturación
Protocolo de lavado de manos, entrega de turno, notas de enfermería, inserción y prevención de flebitis	Junio de 2018	Personal de enfermería sede Canaima Personal de enfermería sede Granjas
Socialización del uso adecuado de los productos de limpieza y desinfección	Junio de 2018	Jefes de Enfermería Auxiliares de enfermería Odontólogos Auxiliares de Odontología
Protocolo de prevención de caídas Protocolo de administración de medicamentos Protocolo de venopunción e inserción de catéter	Julio de 2018	Personal de enfermería sede Canaima
Protocolo de entrega de turno Protocolo de prevención de caídas	Julio de 2018	Jefes de enfermería de todas las sedes urbanas
Protocolo de entrega y recibo de turno Normas de bioseguridad Socialización de informes de auditoría a carro de paro y auditorías de enfermería	Agosto de 2018	Personal de enfermería sede palmas
Política de seguridad de paciente Protocolo de entrega de turno Protocolo de lavado de manos Protocolo de prevención de caídas Protocolo de inserción de catéter y prevención de flebitis	Septiembre de 2018	Personal médico de todas las sedes

Socialización de los resultados de las listas de chequeo de seguridad de paciente primer y segundo cuatrimestre	Septiembre de 2018	Personal de enfermería Granjas y Palmas
Protocolo de inserción de catéter y prevención de flebitis Evaluación del protocolo de identificación de paciente y prevención de caídas	Octubre de 2018	Auxiliares de enfermería sede Granjas
Socialización procedimiento de gestión Normativa y gestión de reporte de Informes	Octubre de 2018	Líderes de procesos administrativos

OTRAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE CALIDAD O SEGURIDAD DE PACIENTE		
Temática	Fecha	Personal de interés
Celebración del día del lavado de manos	17 de Mayo de 2018 26 de Octubre 2018	Asistencial y administrativo de las sedes
Realizo la encuesta de clima de seguridad de paciente a un total de 168 funcionarios	Diciembre de 2018	Personal asistencial de cada una de las sedes

- Se implementó a través del área de ingeniería de procesos la metodología de socialización directamente en los servicios de los documentos actualizados, sin embargo se evidencia la necesidad de fortalecer esta actividad, a continuación se describen las intervenciones realizadas:

SOCIALIZACION DE DOCUMENTOS POR INGENIERIA		
Fecha	Temática	Personal de interés
Septiembre de 2018	Procedimientos de Talento Humano como: novedades de personal, conformación de Bases de datos de Hojas de vida, programador de vacaciones, informe de comisión.	Subgerente Profesionales del área de talento Humano
Octubre de 2018	Procedimientos de laboratorio clínico Procedimiento de Gestión de encuestas Formatos de inspección y rótulos de segregación en la fuente	Algunos líderes de proceso
	Procedimientos del área ambiental: Gestión de residuos líquidos, gestión de residuos hospitalarios, Programa de uso eficiente y ahorro de energía	Personal del área ambiental
	Procedimientos del área financiera: Costos por actividad, distribución de gastos generales,	Personal del área financiera
	Procedimientos de toma de citologías y registros clínicos	Jefe de enfermería del área de Citología urbana sede Canaima
	Procedimiento de atención preconcepcional	Coordinador de PyP
	Procedimiento de estadísticas vitales	Personal del área técnico científica
	Protocolo de bienvenida de estancia y despedida del usuario	Inicio socialización con personal asistencial de sede Canaima
	Procedimientos y formatos de manejo y solicitud de dietas hospitalarias	Inicio socialización con personal asistencial de sede Canaima
	Programa de vectores y control de plagas, programa de emisiones atmosféricas y ruidos, programa arbóreo.	Personal del área ambiental

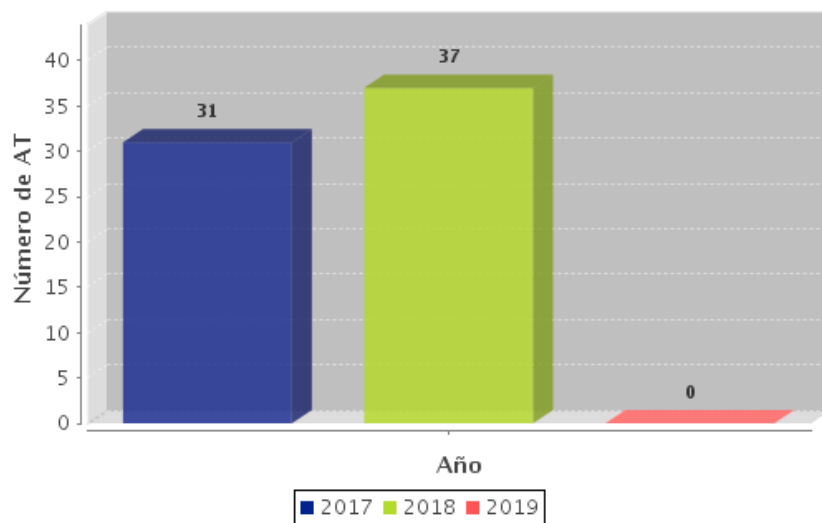
Noviembre de 2018	Procedimiento de fumigación derrame de medicamentos	Personal del área ambiental
	Procedimiento de liquidación de nómina, desvinculación entrega y recibo de cargo	Líder de proceso de Talento Humano
	Procedimientos del área de salud ocupacional: reporte de accidentes de trabajo, investigación, práctica de exámenes médicos ocupacionales, actualización de planes hospitalarios, entre otros. Formatos de Matriz de identificación de riesgos, inspección de uso de elementos de protección personal.	Líder del proceso de salud ocupacional
	Manual de supervisión e interventoría de contratos y formato de certificación de cumplimiento.	Líder de contratación
	Formatos de informe de entrega de cargo administrativo, Actualización de tratamiento de datos personales del contratista, autorización de tratamiento de datos de personal de planta	Líder de Proceso de talento Humano
Diciembre de 2018	Formato de inspección de Vehículos Formato de orden de salida de materiales	Líder de proceso de mantenimiento
	Formato de hojas de vida de Equipos biomédicos	Líder de Biomédica
	Socialización del formato de Plan de mejora.	Inicio socialización con algunos líderes de proceso
	Manual de Capacitación IAMI	Líder de proceso IAMI y personal del área técnico científico
	Socialización de Manual de Gestión de la tecnología en salud.	Inicio socialización con algunos líderes de proceso
	Protocolo de prevención de úlceras de presión y lista de chequeo correspondiente	Líder del área técnico y jefe de enfermería de calidad
	Procedimiento de Recepción y almacenamiento de medicamentos Manual de Farmacovigilancia Protocolo de manejo de carro de paro	Líder del área técnico y jefe de enfermería de calidad regente
	Procedimiento Convenios Docencia servicio Procedimiento Gestión de infracciones e incidentes a la Misión Medica Formato de Consolidación de investigación de incidentes e infracciones	Líder de Proceso misión Medica Líder de Proceso misión Medica Área técnico científica

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En cumplimiento a lo establecido en el decreto 1072 de 2015, resolución 1111 de 2017 y demás normativa vigente en materia de salud y Seguridad En El Trabajo en Colombia, la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA ha estructurado el sistema de gestión en Seguridad y salud en el Trabajo cuyo objetivo principal es propiciar el mejoramiento continuo en las organizaciones así como el control de las condiciones laborales y de los riesgos y peligros presentes en el los lugares de trabajo.

En las actividades ejecutadas de promoción y prevención de la salud de los trabajadores, a través de un método definido por etapas cuyos principios se basan en el ciclo PHVA y que incluye los siguientes elementos; política, organización, planificación, aplicación, evaluación, auditoría y acciones de mejora, el desarrollo de estos elementos, permitirá cumplir con los propósitos del SG-SST.

ACCIDENTALIDAD 2018 VS 2017



EVALUACION SISTEMA DE GESTION ARL POSITIVA

Se realiza auditoria por parte de la secretaria de salud municipal al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, y se obtiene como resultado un cumplimiento de 97.5%.

PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE:

Se reinició convenio con la universidad María Cano y con estudiantes del X semestre de Fisioterapia donde se están realizando pausas activas tanto en áreas administrativas como asistenciales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

JORNADA DE TAMIZAJE CARDIVASCULAR Y MASAJES DE RELAJACIÓN.

Se realizó una jornada de tamizaje cardiovascular y masajes de relajación con el apoyo de la EPS MEDIMAS de la cual hicieron parte un promedio de 40

funcionarios de la ESE CEO, con esto se logró identificar algunas personas que deben hacer parte del programa de riesgo Cardiovascular.

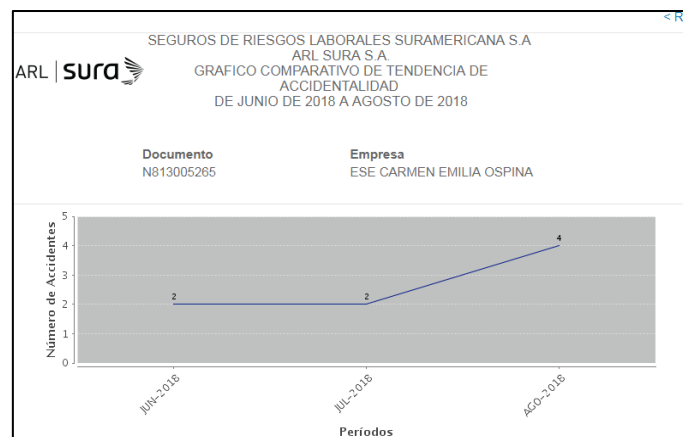
INSPECCIONES A ELEMNTOS DE SEGURIDAD (CAMILLAS, EXTINTORES, BOTIQUINES, ALARMAS)

Se realizó convenio con la universidad UNIMINUTO y al momento contamos con el apoyo de dos pasantes que están solo 8 horas a la semana cada una y su tarea se ha enfocado en inspección a porte y uso de EPP, inspección a extintores, inspección a elementos de emergencias (camillas, alarmas, luces y botiquines de emergencia) desarrollo de pausas activas. Los elementos vencidos en los botiquines fueron remplazados y 124 extintores fueron recargados.

PROGRAMA DE INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

Investigación De Accidentes E Incidentes De Trabajo

Se realizó el reporte de accidentes de trabajo presentes, se avanza en el proceso de investigación de los accidentes presentados y se alimenta la matriz de caracterización de accidentalidad y presenta indicador mensual al área calidad.



RIESGO BILOGICO

- ✓ Uso de elementos de protección adecuados
- ✓ Implementación del protocolo Manual de bioseguridad
- ✓ Capacitación en temas: Riesgo biológico
- ✓ Se realizan inspecciones de seguridad en la ESE CEO Con el fin de mejorar las condiciones de trabajo y salud de los empleados y visitantes.

- ✓ Se identifican los factores de riesgos existentes en las áreas de trabajo y en las operaciones desarrolladas que puedan ocasionar accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- ✓ Implementación de lección aprendida por parte de los trabajadores, a través de la reflexión y el análisis crítico sobre los factores que puedan haber afectado positiva o negativamente.

INMUNIZACIÓN PARA HB

Se completaron las dosis de Hepatitis B con el personal que se encontraba dentro de proceso, con lo cual se aplicaron a 35 trabajadores de planta de la ESE CEO de los cuales 10 fueron refuerzos y 25 esquema completo de vacunación.

PROGRAMA PREPARACION Y ATENCION DE EMERGENCIA

CONFORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE EBRIGADAS

Durante el año 2018 se conformaron y entrenaron brigadas de emergencias en (primeros auxilios, control del fuego, evacuación y rescate) para los principales centros de salud de la ESE CEO.

PLAN HOSPITALARIO DE RESPUESTA A EMERGENCIAS:

Se diseñaron (10) diez planes hospitalarios de emergencias correspondientes a los centros de salud habilitados de la ESE CEO, se radicaron ante secretaría de salud municipal y departamental dando cumplimiento a la normatividad legal vigente en Colombia.

RED CONTRA INCENDIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CANAIMA

Se complementó la red contraincendios de Canaima temprana contra incendio en red la cual tiene la capacidad de alamar cualquier presencia de humo o exceso de calor en cualquier área del centro de salud Canaima. Se inalaron camillas de emergencias con su respectivo botiquin, se instalaron numeros de emergencias en puntos de bastante afluencia de público, se instalaron sesores de humo, luces de emergencias y alarmas de emergencias.

SIMULACRO DE EVACUACIÓN POR EMERGENCIAS SEDE CANAIMA

RESULTADOS DEL SIMULACRO DEL DÍA 25 DE OCTUBRE DE 2018 ESE CEO

NUMERO DE PERSONAS EVACUADAS

EMPLAEDOS	108
ESTUDIANTES	26
USUARIOS - COMUNIDAD	101
PARA UN TOTAL DE	235

Importante mencionar que de estos 235 evacuados en un tiempo de 5.56 minutos y 11 fueron lesionados de los cuales seis fueron evacuados por la brigada de rescate, el último lesionado fue evacuado 17.34 minutos después de que sonó la alarma para evacuación.

SIMULACRO DE EVACUACIÓN POR INCENDIO SEDE PALMAS

RESULTADOS DEL SIMULACRO DEL DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 2018 ESE CEO

NUMERO DE PERSONAS EVACUADAS

EMPLAEDOS	30
HERIDOS	6
USUARIOS-COMUNIDAD	36
PARA UN TOTAL DE	72

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Se han desarrollado inspecciones de seguridad enfocadas en: caídas a nivel, riesgo biológico y ergonomía de lo cual se han definido tareas algunas ya desarrolladas y otras pendientes, debido requerimiento de apoyo de las áreas.

SEMANA DE LA SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE

Con el fin de promover el cuidado de la salud y el medio ambiente se llevó a cabo la semana de la seguridad y salud en el trabajo.

ACOMPañAMIENTO Y ASESORAMIENTO AL COPASST

Se ha dado cumplimiento a (3) tres comités de COPASST, programados en los tres meses y se ha dado cumplimiento con los lineamientos establecidos es decir han sido reuniones productivas.

CAPACITACIONES AL PERSONAL

Se han desarrollado capacitaciones en prevención en caídas a nivel y prevención en riesgo biológico

INDUCCIONES A PERSONAL NUEVO Y TAMBIEN A ESTUDIANTES

Se realizaron inducciones grupales e individuales a cada una de las personas que ingreso a desarrollar actividades laborales o de prácticas en la ESE CEO.

GESTIÓN AMBIENTAL

La Política Ambiental de la ESE CEO, se constituye en tema de gran importancia dentro de las competencias establecidas por el marco legal estipulado como entidad prestadora de servicios de salud del nivel Municipal de la Ciudad de Neiva - Huila, en cuanto al manejo y control de todo lo concerniente a la protección de medio ambiente a fin de que contribuya con el logro del bienestar tanto del personal que labora dentro de la institución como de los usuarios que a diario acceden al servicio de la misma.

Como generadora de residuos hospitalarios se actualizo en el 2018 el Plan Gestión Integral de los Residuos de Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA), en su componente interno y externo, el cual se ejecutaron con base en los procedimientos, procesos, actividades y estándares que se establecieron en los Manuales de procesos y procedimientos (segregación, movimiento interno y almacenamiento central) y el externo siendo la responsabilidad de la empresa contratista que transporto los residuos (transporte, tratamiento y disposición final), además, del igual manera en promover el desarrollo de una consciencia ambiental dentro de la institución.

PROGRAMA DE RECICLAJE E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA

Con el programa de reciclaje ESE CEO se logró la disminución en la generación de los residuos comunes, evitando que los residuos reciclables fuera al relleno sanitario y así contribuir a aumentar la vida útil del relleno sanitario “los Ángeles” del municipio de Neiva.

La recolección del material de reciclaje fueron entregados a la empresa Recuperadora Ambiental quien cumplió con los permisos otorgados por las autoridades competentes para las actividades de recolección y almacenamiento de los residuos recuperables generados en las sedes de la ESE CEO: Papel,

cartón, plástico, chatarra, Pet, Pasta y Frascos hipoclorito con una frecuencia de recolección de cada 15 días o cuando era requerido.

CUADRO RESIDUOS RECICLABLES 2017 VS 2018

AÑO	2017	2018	DIFERENCIA	% VARIACIÓN
TOTAL Nº KG AÑO	8.938	10.126	1.188	11,7%

Fuente: Formato control de Residuos Reciclados E.S.E CEO

PROGRAMA DE POS-CONSUMO:

Con el fin de generar alternativas para la disposición final de luminarias, pilas, llantas, computadores y excedentes industriales el área de gestión ambiental en el año 2018 realizo el embalaje rotulación (pilas) y luminarias estos residuos fueron almacenados en el deposito temporal de residuos de Posconsumo. Con el fin de entregarlas a las campañas OPITATON Jornada de recolección de residuos Posconsumo realizadas por la CAM en el 2018, de igual manera se realizó seguimiento a la venta de activos dados de baja con el fin de verificar la disposición final de los RAEE (Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos).

GRUPO ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL GAGAS

Las reuniones (Resolución No.46 del 2016) se realizaron bimensuales con el fin de identificar los problemas actuales o potenciales relacionados a la Gestión Ambiental; se busca realizar planeación y ejecución de actividades, medidas preventivas tales como mantenimiento, revisión de los jardines y medidas correctivas de acuerdo a los hallazgos generados en cuando a los contratos de servicios de aseo, transporte tratamiento de residuos peligrosos, lavandería, Permiso de vertimientos, contrato de fumigación y lavado de tanques. Cumpliéndose en el 2018 con el cronograma establecido en el Plan de Acción.

	GAGAS Prog.	GAGAS Eje
2018	6	9

Fuente: acta de Comité GAGAS

REPOSICIÓN DE CANECAS DE LOS CENTROS DE SALUD

Con el fin dar cumplimiento a las necesidades de cambio de canecas dañadas en las diferentes sedes se realizó la reposición con un total de 263 canecas

(carros recolectores 121 y 360 litros, canecas de 12, 20 y 68 litros. **Con una inversión de \$19.214.738.**

CAPACITACIONES

Se realizaron capacitaciones a todo el personal y usuarios, con el fin de dar a conocer los aspectos relacionados con el manejo integral de los residuos y temas relacionados a la protección del medio ambiente cumpliendo con el plan de capacitaciones 2018.

AÑO		2017	2018	DIFERENCIA	% VARIACIÓN
TOTAL	Nº	264	433	169	39.0%
PERSONAS					

Fuente: Actas De Asistencia

INSPECCIONES

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 2018, 77 inspección por todos los centros de salud verificando código de Colores establecidos dentro del PGRASA de la ESE CEO, Aseo Canecas Rutas Sanitarias y depósitos de residuos temporales.

AÑO		2017	2018	DIFERENCIA	% VARIACIÓN
TOTAL	Nº	104	77	27	-35.1%
INSPECCIONES					

Fuente: Formato De Inspecciones

RECOLECCIÓN RESIDUOS

Los residuos peligrosos Biosanitarios, anatomopatológicos, químicos, cortopunzantes, No peligrosos, biodegradables e inertes, ordinarios y de reciclaje se evacuaron de acuerdo a cada ruta sanitaria establecidas para cada centro de salud por las operarias de servicios generales con sus respectivos EPP.

Se trasladan en el vehículo para movimiento interno desde cada área de generación al almacenamiento central todos los días a través de las Rutas específicas para este tipo de residuos, con una frecuencia mínima de 2 veces al día. Los Peligrosos son evacuados por el mismo personal pero la actividad la realizan mínimo 3 veces al día, con un horario y ruta previamente establecida. **Residuos peligrosos:** Se realiza por parte de la empresa INCIHUILA todos los días, los Residuos son pesados y son registrados en el formulario RH1.

Mes	2017	2018	Dif	% Variacion
ENERO	2.475	2.687	212	8,6%
FEBRERO	2.294	2.333	39	1,7%
MARZO	2.854	2.898	44	1,5%
ABRIL	2.445	2.481	36	1,5%
MAYO	2.840	2.885	45	1,6%
JUNIO	2.772	2.804	33	1,2%
JULIO	2.607	2.641	35	1,3%
AGOSTO	2.632	2.682	50	1,9%
SEPTIEMBRE	2.692	2.729	37	1,4%
OCTUBRE	2.616	2.669	54	2,0%
NOVIEMBRE	2.529	2.553	24	0,9%
DICIEMBRE	2.540	2.540	-	0,0%
TOTAL/ KG	31.295	31.902	607	1,9%

Fuente: actas de incineración de residuos Peligrosos

Residuos Líquidos: En el año 2018 fueron 313 Gal Líquidos Peligrosos por parte de la empresa INCIHUILA, donde se generó un incremento de 11 Gal equivalente a una variación de 3,5% es de anotar que solo se recogen líquidos en la sede Las Palmas e IPC. En el mes de agosto se realizó auditoria la Planta de Incineración de INCIHUILA verificando aspectos **Lista De Chequeo Incineración De Residuos Patógenos**, Cumpliendo al 100% los Item a verificar.

AÑO	2017	2018	DIFERENCIA	% VARIACIÓN
TOTAL GALONES	302	313	11	3.5%

Fuente: información actas incineración INCIHUILA

Residuos Ordinarios: La empresa encargada, CIUDAD LIMPIA, realiza la recolección tres veces en la semana, según ruta establecida para cada zona de 6:00 a.m. a 2:00 p.m. y deben ser sacados solo en el momento en que el vehículo lo recogerá. En el 2018 9.803kg se generó un incremento de 63kg equivalente a una variación de 0.6%.

AÑO	2017	2018	DIFERENCIA	% VARIACIÓN
TOTAL KG	9.740	9.803	63	0.6%

Fuente: rh1 E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA

PROGRAMA DE VECTORES Y CONTROL DE ROEDORES

Se ejecutaron los 4 ciclos de fumigación en el año 2018 cada tres meses con el fin de establecer un procedimiento para el control de plagas y roedores por todas las sedes **con una inversión de (\$18.380.000).**

Se realizó gestión con los bomberos del municipio de Neiva en reportes de presencia de abejas dentro y fuera de institución.

PROGRAMA DE LAVADO DE TANQUES

Se ejecutaron los 4 ciclos lavado, limpieza y desinfección del sistema de almacenamiento y abastecimiento de agua potable, tanto de los tanques elevados cada tres meses por las sedes **con una inversión de (\$14.860.00).**

PROGRAMA ARBÓREO

Para la ESE CEO es muy importante que sus pacientes, visitantes y funcionarios cuenten con lugares, que les permitan sentirse en un ambiente más agradable y de tranquilidad, por ello contamos con zonas verdes amplias que permiten a los usuarios disfrutar de un lugar donde las temáticas ambientales son prioridad, además que nos ayudan a contribuir a la transformación de CO₂ en oxígeno. En el 2018 se contrató Prestación Del Servicio de Jardinería, Poda y Corte De Árboles y su Mantenimiento Incluyendo el Suministro de Insumos, Elementos y Accesorios para Jardines **con una inversión de (\$17.974.712).**

De igual manera se realizaron jornadas de ornato con los funcionarios y usuarios con el fin de crear una cultura en el cuidado con el Medio Ambiente

PROGRAMA DE RECOLECCIÓN DE ESCOMBROS

Con el objetivo de generar una adecuada disposición de los escombros generados de los procedimientos realizados en el área de infraestructura y mantenimiento, el área ambiental realiza la gestión con Ciudad Limpia para su respectiva recolección final.

PROGRAMA EMISIONES ATMOSFÉRICAS Y RUIDO

Se realizó seguimiento a las medidas de manejo ambiental para construcciones y/o adecuaciones físicas de la ESE CEO. Con el fin de no generar contaminación

de material particulado. En el 2018 se realizó Campaña ambiental Contaminación auditiva y celebración del día internación de la calidad del aire.

ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO DE AGUAS RESIDUALES

En cumplimiento con lo estipulado en el Decreto 3930/2010, en su Artículo 38, deberán de presentar la caracterización del vertimiento de acuerdo a la normatividad resolución 631/2015 - Ministerio Ambiente y Desarrollo Sostenible se establecen los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de aguas superficiales y a los sistemas de alcantarillado público y se dictan otras disposiciones. En el 2018 se realizó el contrato con la empresa **INGECOL**, cuyo objetivo realizar análisis fisicoquímicos y microbiológicos de agua residual los resultados fueron enviados a la CAM y Empresas Publicas de Neiva la Ceibas. **Con una inversión (\$16.491.0209).**

CAMPAÑAS AMBIENTALES 2018

- ✓ Segregación En La Fuente Dirigida A Los Funcionarios Y Usuarios
- ✓ Dia Mundial Del Ahorro Del Agua
- ✓ Campañas De Orden Y Limpieza
- ✓ Campaña Concurso De Reciclaje En La Ese Ceo
- ✓ Primera Semana Seguridad, Salud En Trabajo Y Medio Ambiente
- ✓ Campaña Celebración Dia Del Medio Ambiente
- ✓ Campaña Recolección De Residuos De Posconsumo
- ✓ Campaña Sensibilización Ambiental Dia Del Niño
- ✓ Campaña Navidad Ecológica
- ✓ Campaña Dia Internacional Contra El Ruido

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

GESTION DOCUMENTAL

Incremento de la producción sistemática de los documentos con el proceso técnico de gestión documental y digitalizada en el sistema de información SIMAD, en cada uno de sus módulos así:

MODULO	2017	2018	INCREMENTO EN PRODUCCIÓN
Comunicaciones Internas	25.153	34.398	26%

Comunicaciones Recibidas - Ventanilla Única	7.020	8.664	18%
Comunicaciones Enviadas - Ventanilla Única	7.329	7.898	7%
Archivo de Gestión	4.061	6.668	39%
Archivo Central	9.256	10.092	8%
Archivo Clínico (DGH-Net)	8.400	10.080	16%

Con lo anterior se obtuvo reducción en gastos de impresión, y papelería, contribución a la ley anti tramite, agilidad en la consulta de los documentos.

- Capacitaciones al personal por dependencias sobre gestión documental.

2017	2018	% incremento
23	38	39

- Compra de material archivístico técnicos para la conservación:

MATERIAL	2017	2018	INCREMENTO EN PRODUCCIÓN
Carpetas 2 aletas en propalcote	2.500	7.000	64%
Carpetas 4 aletas en propalcote	2.000	17.000	88%
Cajas de Archivo	3.135	2.000	36%
Fumigación	4 en el año	4 en el año	
Mantenimiento a las áreas del archivo.			

INDICADOR: Meta: Alcanzar con el trienio una implementación del 95% en la estrategia PINAR.

Número de actividades realizadas / Actividades programadas *100

3/3 = 100%.

TECNOLOGIA – INFORMACION Y COMUNICACIÓN

INDICADOR: Meta: Alcanzar en el trienio una implementación del 90% de la estrategia Gobierno en Línea:

Número de actividades desarrolladas / Actividades programas *100

20/20 = 100%.





COMPONENTES GOBIERNO EN LINEA

TIC - PARA LA GESTION

- Se realizaron los cuatro mantenimientos preventivos a todos los equipos de cómputo de la ESE CEO, durante el año de 2018, respectivamente según el programado en cronograma anual de mantenimiento.

2017	2018
Equipos Informáticos 388	Equipos Informáticos 405

- Diseño, elaboración e implementación de cableado estructurado centro de salud Triunfo, y San Antonio, incluye conectividad y dotación tecnológica.
- Elaboración y publicación de los siguientes planes:

Planes TIC
 PINAR 2017-2020
 PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION 2018
 PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE LA SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION
 PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION - PETI 2018-2020

Elaboración y diagnostico a través de encuesta para medir y valorar el nivel de aceptación y uso de la tecnología al interior de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA

de manera cuantitativa; los resultados de esta encuesta serán utilizados como análisis para el mejoramiento del uso y apropiación de los sistemas de tecnología, información y comunicación: RESPUSETAS 231.

TIC – SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

- ✓ Política de privacidad y seguridad la información.
- ✓ SISTEMAS DE INFORMACION SEGURO (Roles, usuarios, contraseña.)
- ✓ Copias de seguridad locales.
- ✓ Diseño, elaboración y codificación de herramienta para el levantamiento de los activos de información, su valor, responsabilidad y frecuencia.
- ✓ Diseño y elaboración de reportes personalizados en el sistema de información Dinámica Gerencial, de acuerdo a las solicitudes de los jefes de área así:

FECHA	MODULO	DESCRIPCION
12/02/2018 09:33	ACTIVOS FIJOS	Salidas De Activos
19/02/2018 16:25	HISTORIA CLINICA	Informe Hc N001 Evoluciones De Urgencias
28/02/2018 18:59	HISTORIA CLINICA	Impresión De Consentimiento Informados Urgencias
01/03/2018 12:07	HISTORIA CLINICA	Impresión Consentimiento Informados Urgencias Canaima
05/03/2018 14:29	HISTORIA CLINICA	Consolidado Mensual Entrega F75 Y Ftlc Por Usuario
05/03/2018 17:39	HISTORIA CLINICA	Indicador Cop V2
08/03/2018 17:24	HISTORIA CLINICA	Informe Radiografías
12/03/2018 17:15	CONTABILIDAD	Terceros Con Movimiento
02/04/2018 16:21	HISTORIA CLINICA	Lista De Ordenes De Laboratorio - Hiv
26/04/2018 15:47	ADMISIONES	Informe Centros De Salud
07/05/2018 10:46	INVENTARIOS	Movimiento Inventario
10/05/2018 18:01	FACTURACION	Áreas De Servicio
18/05/2018 07:53	ADMISIONES	Médicos Para Índigo
18/05/2018 08:09	GENERALES	Usuarios Para Índigo
23/05/2018 19:43	HISTORIA CLINICA	Informe Notas De Enfermería
13/06/2018 17:53	ADMISIONES	Listado De Entidades
04/07/2018 19:18	GENERALES	Listado De Reportes Generados
09/07/2018 15:30	GENERALES	Usuarios Inactivos
05/09/2018 10:46	FACTURACION	Informe Pacientes Vinculados Por Fecha
14/09/2018 16:45	HOSPITALIZACION	Hospitalizados Por Fecha
17/09/2018 07:52	ADMISIONES	Pacientes Hospitalizados Para Contraloría
02/10/2018 11:44	CITAS MEDICAS	Novedad De Citas Por Paciente Por Fecha
05/10/2018 19:03	HISTORIA CLINICA	Pedido Dietas Alimenticias - Pacientes Observación Y Hospitalización
10/10/2018 10:47	HISTORIA CLINICA	Trazabilidad Pac En Urgencias
16/10/2018 09:25	ADMISIONES	Listado Entidades Administradoras
04/12/2018 15:52	HISTORIA CLINICA	Dietas Consulta

- ✓ Mejoras a los modelos de Historia Clínica así:

TIPO DE HISTORIA	NOMBRE	DESCRIPCION MEJORA	FECHA
ED001	Escala de Morse y Escala de Branden	cálculos automáticos y definición del riesgo automático	04/01/2018
P00002	Atención Inicial De Urgencias	Se adiciona el campo Glasgow en la historia clínica de atención de urgencias y se parametriza configuración de reportes.	29/01/2018
PYP50	Historia Clínica Preconcepcional	Se nombra los campos de la historia CONSULTA DE ATENCION PRECONCEPCIONAL para realizar la configuración de reporte, ya está lista la historia pyp50 para su ejecución.	02/04/2018
F001	Historia Clínica Fisioterapeuta	Se realiza la historia clínica F001 HISTORIA CLINICA FISIOTERAPEUTA el diseño y la configuración del reporte.	09/07/2018
C00010	Crecimiento Y Desarrollo	se realizó los ajustes pertinentes solicitado por la Secretaria de Salud Municipal, en la historia clínica de Crecimiento y Desarrollo y la historia clínica de recién nacido lo cual se agregaron los siguientes campos: Tipo de Identificación, Etnia, Ocupa	12/07/2018
ETV02	ETV	Se realiza la historia ETV02 CONVENIOS ETV solicitado por la jefe carolina, Se le agrega el campo de archivo adjunto a la historia clínica ETV02 CONVENIOS ETV	21/08/2018
PIC01	PIC	Rediseño modelo de Historia Clínica para el registro de las actividades del PIC	15/12/2018

✓ Adecuación de Formatos de acuerdo a las solicitudes de jefe de procesos así:

FORMATO	DESCRIPCION DE LA MEJORA	FECHA
INGRESO DE ACTIVOS	Agregar la firma del Supervisor y/o Interventor.	27/06/2018
NOMINA POR GRUPO	Se modifica el reporte de liquidación de nómina por grupo, se cambia los cargos del personal firmante y se agrega el visto bueno de la doctora Martha Rodríguez.	26/03/2018
NOMINA POR GRUPO	Se modifica el reporte de nómina y recursos humanos nomprnominagruposubgrupo y se modifica la gerente encargada que es la doctora LUZ ANGELA NARVAEZ CERQUERA	21/03/2018
FACTURA ENTIDAD	Solicita se ajuste la factura de acuerdo a la norma, se pasa a la contadora quien autoriza los cambios a realizar - solicita se realice ajustes a la factura de prestación de servicios, se realizó ajuste al nombre de la empresa en el membrete, se adiciono el ítem del IVA, se agregó párrafo de ley.	12/05/2018
OBLIGACION	Solicita se realice mejora al formato de la obligación, ya que se sale de la hoja y gasta más papel se adecua el formato a conformidad	17/01/2018
RECONOCIMIENTO	Solicita se realice corrección al formato de impresión de los reconocimientos dejando uno por hoja. Se realiza el acondicionamiento a conformidad	23/03/2018

TIC - GOBIERNO ABIERTO

✓ Implementación del botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública, cuyo contenido se encuentra en un 90%.

✓ Participación y Publicación Rendición de cuentas vigencia 2017 (100%).

TIC - PARA SERVICIOS

✓ La entidad realiza la caracterización de sus usuarios, ciudadanos y grupos de interés, con la participación de 12.765 usuarios, los cuales generaron los siguientes resultados:

✓ Se adelantan los siguientes Trámites automatizados en nuestra página web:

- Buzón de sugerencias
- Comprobación derechos
- PQR
- Certificado de Retenciones
- Citas médicas Web
- Alertas Sanitarias
- Educación Virtual
- Laboratorio Clínico
- Portal de contratación

✓ Actualización del Software Antivirus Nod 32 a 330 equipos de cómputo.

✓ Adquisición de Equipos informáticos

CANTIDAD	EQUIPO INFORMATICO
45	Equipos de cómputo tipo escritorio
4	Swith hp
5	Scanner de alto rendimiento
10	Tablet
30	Cámaras de seguridad
2	NVR
10	Scanner portátiles
1	Sistema de control de acceso y asistencia biométrico, para visitantes y personal
2	Celulares corporativos
1	Servidor de alto rendimiento
58	Servicio de alquiler de impresoras multifuncionales.

GESTIÓN DE COMUNICACIONES

En el año 2018 se estableció desde el área de comunicaciones el Plan Estratégico de Comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina, en el cual se plantean las actividades y estrategias a desarrollar por esta área, encaminadas siempre al objetivo de posicionar la imagen de la entidad y visibilizar lo realizado desde los diferentes servicios, como también informar al cliente interno y externo.

COMUNICACIÓN INTERNA

Desde el área de Comunicaciones se toma la comunicación interna como la herramienta desde la cual se suministra a los funcionarios y contratistas de la ESE Carmen Emilia Ospina información pertinente, correspondiente a eventos, procesos, principios de la administración, entre otros; actividades que contribuyen al cumplimiento de los objetivos misionales de la institución, tales como:

Asesoría y acompañamiento (logístico – comunicacional)

Durante lo corrido del 2018 en la Oficina de Comunicaciones se ha realizado apoyo logístico, difusión de la actividad y acompañamiento a la misma en los diferentes eventos desarrollados por las dependencias de la institución.

Carteleras institucionales

Actualización carteleras institucionales físicas y digitales ubicadas en los diferentes centros de salud de la Entidad. En total a lo corrido de 2018 se actualizaron carteleras físicas en **12** oportunidades, mientras que las digitales (pantallas) se han actualizado en **10** ocasiones.

Diseño publicitario para todas las dependencias

Como estrategia de fortalecimiento de la imagen e identidad institucional, desde la Oficina de Comunicaciones se reciben solicitudes de elaboración de diseños con la finalidad de promocionar o visibilizar tanto actividades, celebraciones o campañas. El proceso de construcción de un diseño consta de revisión de información suministrada por quien solicita el arte o en muchos casos recolección de la información y posteriormente diseño para revisión, aprobación, impresión o publicación (redes sociales, página web, página intranet, fondo de escritorio).

Presentaciones

- Diapositivas para informes gerenciales (Rendición de cuentas ESE CEO, Reinducción ESE CEO, Juntas directivas ESE CEO, etc)
- Aplicación del logo en formatos para todas las dependencias – trabajo coordinado con área de calidad

COMUNICACIÓN EXTERNA

Desde la comunicación externa se busca impactar a la comunidad Neiva e informar sobre las actividades más relevantes que se desarrollan en la institución, con el objetivo de acercar a la comunidad a los procesos y brindar de alguna forma participación en los mismos. Para el 2018 la información presentada de manera externa ha sido a través del envío de boletines a medios de comunicación y la publicación en web y redes sociales oficiales de la Institución.

Contratación, ejecución y seguimiento al impacto del Plan de Medio 2018

- Se contrató el Plan de Medios para el año 2018 y establecieron temas de interés para la ciudadanía, quedó pendiente para el año 2019 la evaluación a través de encuesta a los usuarios y público interno del impacto generado
- Se reactivó el canal de YouTube incluyendo videos con spots institucionales para ser enlazados en los diferentes canales online de la institución

GESTIÓN JURÍDICA

DEMANDAS

En el año 2018 se notificaron diecisiete (17) demandas en contra de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA 2018:

- ✓ Doce (12) de nulidad y restablecimiento del derecho
- ✓ Cinco (5) de reparación directa
- ✓ Uno (1) Ordinario Laboral

La ESE CARMEN EMILIA OSPINA radico una (1) demanda de repetición.

LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADOS POR ESTA ESE CEO

En el año 2018, cinco (5) llamamientos en garantía a la previsora y dos (2) se llamó en garantía a la parte demandante en Proceso de Reparación Directa; demandantes María del Carmen Moreno y Sandra Lorena Medina.

DEMANDAS CON ALTO RIESGO DE CONDENAS

Existen catorce (14) demandas con alto riesgo de condenas por valor total de \$3.090.238.687.

- ✓ Procesos de Reparación Directa: Siete (7) por valor \$2.230.274.429.
- ✓ Procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: Siete (7) por valor \$859.964.258

FALLOS PENDIENTES EN SEGUNDA INSTANCIA:

Existen veinte (20) demandas con fallos pendientes en segunda instancia por valor total de \$ 6.429.721.233.

- ✓ Procesos de Reparación Directa: Doce (12) por valor de \$5.486.110.496.
- ✓ Procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: Ocho (8) por valor de \$943.610.737.

- ✓ Sentencias de primera Instancia favorables: Trece (13).
 - ✓ Procesos de Reparación Directa: Diez (10) por valor de \$ 4.664.805.496.
 - ✓ Procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: Tres (3) por valor de \$101.254.268.

- Sentencias de Primera Instancia Desfavorables: Siete (7).
 - ✓ Procesos de Reparación Directa: Dos (2) por valor de \$ 821.305.000.
 - ✓ Procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: Cinco (5) por valor de \$842.356.469.

FALLOS A FAVOR EN SEGUNDA INSTANCIA EN 2018

- ✓ Procesos de Reparación Directa: Dos (2) por valor de \$167.031.296.
- ✓ Procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: Cero (0).

FALLOS EN CONTRA EN SEGUNDA INSTANCIA EN 2018

- ✓ Procesos de Reparación Directa: Cero (0).
- ✓ Procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: Cero (0).

ACCIONES DE REPETICION EN 2018

- ✓ Acción de repetición: Uno (1) por valor de \$110.312.640.

CONCILIACIONES REALIZADAS EN 2018

- ✓ Proceso Transado: Uno (1) por valor de \$48.366.685.

TUTELAS

En el año 2018, se respondieron catorce (14) en contra de la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA, en los términos establecidos en cada una de ellas, resultando favorables a los intereses de la E.S.E. CEO. Sobre el anterior informe comparado con la vigencia fiscal del 2017, podemos concluir lo siguiente:

- En el año 2018 hubo incremento en:
 - ✓ Ocho (8) demandas de Nulidad y Restablecimiento del derecho.
 - ✓ Tres (3) demandas de Reparación Directa.
- Los llamamientos en garantía aumentaron en cinco (5), por lo que se observa cubrimiento de la E.S.E. CEO frente a la compañía de seguros.
- Hubo disminución en el porcentaje de demandas con alto riesgo de condenas. Disminuyéndose en cinco (5) el número de demandas por un valor de \$ 1.243.217.733.
- Se aumentó el número de procesos pendientes de fallos de Segunda Instancia en cantidad de nueve (9), en razón a que con el transcurrir del tiempo han avanzado llegando a esta etapa procesal.
- Aumentó el número de sentencias favorables de Primera Instancia en:
 - ✓ Procesos de Reparación Directa: Seis (6).
 - ✓ Procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: Uno (1).
- Sentencias de Primera Instancia desfavorables.
 - ✓ Procesos de Reparación Directa: Aumentó en dos (2).

- ✓ Procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: No aumentó.
- Número de sentencias en Segunda Instancia:
 - ✓ Aumentó el número de fallos a favor en Segunda Instancia en 1 fallo.
 - ✓ Tanto en el 2017 como en el 2018 no hubo fallos en contra en Segunda Instancia.

CONTRATACIÓN



PROCESOS CONTRACTUALES

El comportamiento de los procesos de contratación durante la vigencia 2018 ha sido eficiente, toda vez que la dinámica de los procesos atiende a los gastos de funcionamiento y mantenimiento de la entidad, contratación del personal misional y de apoyo profesional; convenios interadministrativo, renovación tecnológica y realización de adecuaciones y mejoras locativas a la ESE CEO.

Se suscribieron en un total de 1.865 contratos para un valor total comprometido de: \$27.335.065.014 pesos Mcte.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	No. DE CONTRATOS
Prestación de Servicios	1.780
Mantenimiento	9
Suministro	64
Arrendamiento con suministro	2
Arrendamiento	4
Mantenimiento con suministro	4
Obra	2

Se puede agregar que tenemos un total un total de 1.750 contratos liquidados y 115 contratos en proceso de liquidación.

IMPACTOS DE GESTIÓN



IMPACTO EN LA GESTION

La ESE CARMEN EMILIA OSPINA, a Diciembre de 2018 cuenta con los siguientes usuarios contratados y su comparación con el mismo periodo del año inmediatamente anterior es la siguiente:

EPS	2017	2018
CAFESALUD / MEDIMAS	28.606	30.669
COMFAMILIAR	107.390	102.219
COMPARTA	18.394	17.090
VINCULADOS	1.071	2.057
TOTAL	155.461	152.035

De la anterior tabla se puede evidenciar la perdida de cerca de cuatro mil usuarios, producto de las dinámicas del aseguramiento universal y la formalización del empleo.

Como se puede evidenciar los diferentes indicadores trazadores muestran en su conjunto que la atención está dentro de los parámetros legales cumpliendo con nuestro objeto social, mejorando las condiciones de salud de nuestros usuarios.

PLANES DE MEJORA



La oficina de Control Interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas que se realizaron en el año 2018. Se realizó seguimiento a catorce (14) planes de mejoramiento internos y tres (3) planes de mejoramiento externos:

No.	NOMBRE DEL PLAN DE MEJORA INTERNO Y/O EXTERNO	SUBPROCESO	TOTAL ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE MEJORA
1	Auditoría AUDIBAL al Balance vigencia 2017 - Contraloría Municipal de Neiva	Cartera	2
		Contabilidad	1
		Contratación	1
2	Auditoría Regular Especial vigencia 2016 - Contraloría Municipal de Neiva	Contabilidad	1
		Administración de personal	4
		Contratación	11
		Gestión del control interno	1
3	Auditoría Externa – Alexander Polania.	Contratación	11
4	Auditoría Especial para verificar el cumplimiento del procedimiento de respuesta por SIMAD de los derechos de petición, tutelas, demandas y demás requerimiento que sean radicados en la oficina de defensa judicial. Período auditado: Enero a octubre del 2017	Defensa Judicial	2

5	Auditoria especial al proceso Garantia de la calidad	Gestión de la información	51	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018 Auditoria especial Garantia de la calidad
		Gestión de habilitación		
		pamec		
		Seguridad del paciente		
		Gestión de Acreditación		
		Evaluación y seguimiento		
Aprendizaje institucional				
6	Auditoria al subproceso IAMI	IAMI	1	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018
7	Auditoria al proceso Referencia y contrarreferencia	Referencia y Contrarreferencias	1	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018 Proceso de referencia y contrarreferencia
8	Auditoría Especial Gestión Financiera - vigencia 2016	Presupuesto	5	Auditorías, Planes de Mejora y Seguimientos Internos y Externos año 2018 Contador - Auditoria Especial Financiera vigencia 2016
		Costos	3	
		Cartera	3	
		Contabilidad	4	
		Facturación	3	
Tesorería	3			
9	Auditoría Programada a las Cesantías vigencia 2017	Administracion de personal	1	Auditorías, Planes de Mejora y Seguimientos Internos y Externos año 2018 Contador - Auditoria Programada a las Cesantías

10	Auditoria de contratacion vigencia 2015	Contratación	7	Auditorías, Planes de Mejora y seguimiento internos y externos-abogada " subcarpeta año 2016 - auditoria No. 7 auditoria programada de contratacion"
11	Auditoria Especial al área de contratación de los contratos de Bienes y Servicios suscritos en el año 2016	Contratación	4	Auditorías, Planes de Mejora y seguimiento internos y externos-abogada " subcarpeta año 2017 - auditoria No. 2 auditoria especial contratacion-liquidacion ctos"
12	Auditoria Especial a contratación – liquidación contratos vigencia 2015 y 2016	Contratación	3	Auditorías, Planes de Mejora y seguimiento internos y externos-abogada " subcarpeta año 2018 - auditoria No. 1 auditoria especial contratacion liqui-vig-2015-2016"
13	Auditoria Especial a contratación – SIA OBSERVA de la vigencia 2017 y lo corrido del 2018	Contratación	2	Auditorías, Planes de Mejora y seguimiento internos y externos-abogada " subcarpeta año 2018 - auditoria No. 2 auditoria especial contratacion-Sia Observa"

14	Verificar el cumplimiento del cargue de los archivos de la Circular Única (047) y normas que la sustituyan (014/15, 012, 015, 016 DEL 2016) que nos aplica como IPS Publica, que se rinden en la Plataforma de la SUPERSALUD	Contratación	0	Auditorías, Planes de Mejora y seguimiento internos y externos-abogada " subcarpeta año 2018-auditoria No. 3 auditoria expres-circular unica "
15	Verificar la oportunidad en la rendición y/o entrega de los Informes de Ley que debe presentar la ESE Carmen Emilia Ospina a las diferentes Entidades del Estado.	Contratación	8	Auditorías, Planes de Mejora y seguimiento internos y externos-abogada " subcarpeta año 2018-auditoria No. 4 auditoria programada-informes de Ley (Nota: Estas acciones de mejora iniciaron a finales de 2018 y finalizan en el año 2019)
16	Auditoria programada subproceso Almacen	Almacén	6	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018 Auditoria programada almacen
17	Auditoria especial contratos no. 865 - 850 vigencia 2017	Infraestructura y equipos	10	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018 Auditoria especial infraestructura y equipos
18	Auditoria programada subproceso Infraestructura y equipos	Infraestructura y equipos	2	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018 Auditoria programada infraestructura y equipos
19	Auditoria especial subproceso Gestión documental	Gestión documental	5	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018 Auditoria especial subproceso gestión documental

No.	NOMBRE DEL PLAN DE MEJORA INTERNO Y/O EXTERNO	SUBPROCESO	TOTAL ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE MEJORA	Nombre de la carpeta compartida en la cual se encuentra el Plan, los seguimientos y evidencias
20	Auditoria subproceso Salud ocupacional	Salud Ocupacional	11	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018 Auditoria subproceso salud ocupacional
21	Auditoria subproceso Gestión ambiental	Gestión Ambiental	5	Auditorias, planes de mejora y seguimientos año 2018 Auditoria subproceso gestión ambiental
22	Auditoría Contraloria Municipal - Vigencia 2017	1. Gestión Ambiental 2. P y P 3. Subgerencia 4. Presupuesto 5. Contratación	10	Contraloría Municipal Visita 2018 - Vigencia 2017 (Auditoría Gubernamental Regular 2017) (Nota: Estas acciones de mejora inician en enero de 2019 y finalizan en diciembre de 2019)