

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011			
Oficina de Control Interno.	LINA MARÍA VÁSQUEZ DÍAZ	Período evaluado:	01/11/2014 al 28/02/2015
		Fecha de elaboración: 20/03/15	

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 147 de 2011.

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION

1.1 COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos

Mediante Resolución No. 293 del 29 de Septiembre 2014, se adoptó los códigos de Buen Gobierno y de Ética de la ESE Carmen Emilia Ospina, el cual está pendiente su socialización.

Se realizaron jornadas de inducción de forma grupal a 647 personas entre los meses de noviembre de 2014 a febrero de 2015. Para las jornadas de reinducción en el área de trabajo se capacitaron 3 personas de forma grupal.

Se recomienda la socialización de la adopción de los Códigos de Buen Gobierno y de Ética.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

1 Plan Institucional de Capacitación: Mediante Resolución No. 029 del 11 de Febrero 2015, se adopta el Plan Anual de Capacitación para la vigencia 2015. Para el periodo de enero a febrero del 2015 en el cual se tenía programado llevar a cabo 47 capacitaciones, ejecutándose 58, dando un cumplimiento del 123%. Para el periodo de noviembre a diciembre del 2014 su ejecución fue del 83% con respecto a lo programado.

Competencias organizacionales. Permiten un vínculo afectivo del personal que está vinculado a la institución, dado que la llega a conocer y crece el sentido de pertenencia por la misma sintiéndose parte de ella. Por el periodo evaluado se realizaron 22 capacitaciones con una participación de 117 personas (Funcionarios y contratistas).

Competencias comportamentales: El objetivo de fortalecer el desarrollo de cada funcionario como persona, y así influir en el diario vivir el cual va encaminado al desarrollo laboral dentro de la organización. Se realizaron 13 capacitaciones orientadas a esta área, contando con la participación de 638 personas (Funcionarios y Contratistas).

CONSOLIDADO DEL PIC NOV - DIC 2014

MES	No Capacitaciones Programadas	No Capacitaciones ejecutadas	Personas Capacitadas
noviembre	17	14	261
diciembre	2	2	23
TOTAL	19	16	284

84%

MES	Organizacional	Compartamental	Tecnica	Tecnocientifica	sistemas
noviembre	3	3	6	1	1
diciembre	1			1	
TOTAL	4	3	6	2	1

16

CONSOLIDADO DEL PIC 2015

MES	No Capacitaciones Programadas	No capacitaciones ejecutadas	Personas Capacitadas
Enero	20	23	746
febrero	27	35	265
TOTAL	47	58	1011

123%

MES	Componente Organizacional	Compartamental	Componente Tecnica	Tecnocientifica	sistemas
Enero	9	5	2	6	1
febrero	9	5	13	8	0
TOTAL	18	10	15	14	1

58

Competencias Técnicas: Con el fin de fortalecer los procesos de la institución, y garantizar un aprendizaje en los participantes. Se realizaron 21 capacitaciones correspondientes a la estructura organizacional de la ESE CEO, donde se beneficiaron 329 personas.

Competencias Técnica científica: Para garantizar una buena prestación de los servicios de salud en nuestra Institución. Se realizaron 16 capacitaciones donde se beneficiaron 244 personas.

Competencias Sistemas: Orientada al manejo integral del software para asignación de citas, para estar a la vanguardia de la tecnología, y fortalecer al cliente interno en temas de tecnologías de la información (TICS). Se realizaron 2 capacitaciones beneficiándose 25 personas.

2 Plan de Bienestar Social: Pendiente expedición de la Resolución de Bienestar Social por la vigencia 2015, por Concepto solicitado al DAFP. Las actividades realizadas en el periodo de noviembre 2014 a febrero 2015 fueron:

Actividades	Beneficiarios
Renovación de pólizas exequiales	95
Actividad ecológica – Boyacá	56
Actividad navideña hijos de funcionarios menores de 18 años	57
Cena navideña	95
Bono navideño hijos menores de 18 años del personal de planta	57
Estimulo navideño	95
Actividad de Gratitud a la vida	23
Actividad de la función ocupacional (médicos de la ESE)	17
Jornada anti estrés	70

3 Evaluación de desempeño: El área de Talento Humano para el mes de febrero recepcionó las evaluaciones de desempeño del personal de planta en carrera administrativa (51) se concertaron los objetivos en el 98%; faltando un 2% los cuales corresponden a un (1) empleado que se encuentra en la zona sur – promotora de salud extramural.

Se solicitó el concepto a la Comisión Nacional del Servicio Civil para abordar el tema del personal asistencial que se encuentra desarrollando funciones administrativas, actualmente Auditor de Odontología, Coordinadora de Odontología y Auditora de cuentas médicas, con el fin de dar cumplimiento a los compromisos laborales que se pactan durante la presente vigencia los cuales sean coherentes con las actividades ejecutadas.

Se recomienda revisar la situación de los empleados de carrera administrativa cuyas funciones realizadas a la fecha no se encuentran estipuladas en el manual de funciones y determinar el cumplimiento de las mismas.

4 Saneamiento de Aportes Patronales: Se viene efectuando el saneamiento de aportes patronales donde se evidencio la actualización del plan de contingencia para la vigencia del 2015 - febrero a octubre -. En el mes de febrero se solicitaron los estados de cuentas a PORVENIR - COLFONDOS en lo relacionado a Pensión y Cesantías para dar inicio a la conciliación y Con EPS CEFESALUD se tiene el borrador inicial del 2013, encontrándose en revisión.

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

La alta dirección de la ESE Carmen Emilia Ospina asistió al encuentro regional “Medicina Familiar”, en la ciudad de Popayán los días 1-2 y 3 de diciembre del 2014, según Resolución No. 375 de 25-11-2014

Capacitación en contratación de servicios de salud, liderada Funda superior integral Grout SAS, los días 11-12-13 febrero del 2015, mediante resolución 018 del 30-01-2015

Se comisionó a la Subgerente para asistir al Foro Regional para el Fortalecimiento de la Salud y Medicina Familiar en el marco del nuevo modelo de atención en salud. Liderado por el Ministerio de Salud y la Universidad Surcolombiana el 27-02-2015 mediante Resolución 042 del 26-02-2015

Se comenzó un nuevo periodo gerencial y con él un estilo gerencial participativo y tendiente a empoderar al equipo y a fomentar la colaboración creativa.

La gerencia viene comprometida con el fortalecimiento del recurso humano faltante a los procesos de la entidad.

Para reconocer el desempeño y crear más compromiso en el cumplimiento de los objetivos institucionales se generó el respectivo acuerdo de gestión entre la subgerencia administrativa y financiera y la gerencia el cual se ha venido evaluando periódicamente con el fin de establecer el cumplimiento de los objetivos estratégicos del plan de desarrollo.

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

El plan de gestión aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo No 006, del 7 de mayo del 2014 el cual se encuentra articulado con el plan de desarrollo y cuyo porcentaje de cumplimiento fue del 94%

1. Avances de los proyectos de inversión:

a. Operativización de un Proyecto CAIMI en su Primera Etapa: El proyecto se cofinancia entre Municipio de Neiva, Dirección de regalías y ESE CEO, aportando este \$234.141.000 con recursos de la vigencia fiscal 2010. El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva que a la fecha no ha podido legalizar ante la Dirección de Regalías la ejecución del proyecto. En cuanto a la dotación ya se ejecutó el convenio suscrito con el Municipio de Neiva por valor de \$ 517.631.364.62. Ya se efectuó la compra de equipos y recibo de los mismos.

Comprometido	Obligado	Avance financiero	Avance de obra	Ejecución presupuestal
\$ 234.141.000	\$ 234.141.000	\$ 234.141.000	100%	\$ 234.141.000

b. Operativización de un Centro de Salud de la comuna 6: El proyecto ya se ejecutó y se encuentra en operación.

Comprometido	Obligado	Avance financiero	Avance de obra	Ejecución presupuestal
\$ 1.017.703.749	\$ 1.017.703.749	\$ 1.017.703.749	100%	\$ 1.017.703.749

c. Elaboración de un diseño y proyecto del Centro de Salud comuna 10: Se inscribió en el plan bienal 2014-2015. Se tiene definido los posibles servicios que iría a prestar la ampliación del centro de salud, se estimaron los costos de diseño y construcción. Hasta el momento no se ha podido corregir las dificultades legales en la tenencia del lote, por lo cual no se ha iniciado el proceso contractual para la realización de los diseños.

d. Cofinanciación de un proyecto del Centro de Salud de la comuna 10: Hasta que no se realicen los diseños no se puede elaborar el proyecto y gestionar la cofinanciación.

Además al interior de la entidad se cuenta con otros procesos que contemplan programas que coadyuvan a impulsar y guiar el que hacer institucional.

2. Componente de salud ocupacional:

- Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud:** Se realizó modificación por re ubicación del punto de encuentro en los centros de Salud de Palmas, Eduardo Santos, I.P.C y siete de Agosto. El documento está debidamente actualizado, aprobado y publicado en la intranet con su respectiva modificación.
- Inspecciones de seguridad:** Dando cumplimiento a los cronogramas de salud ocupacional se realizaron inspecciones de seguridad en el periodo de noviembre del 2014 a febrero de 2015, a los Centros de Salud zona rural y urbana donde se dan los parámetros necesarios para diseñar e implementar actividades, controles y/o

procedimientos que permitan a los trabajadores preservar sus condiciones de salud y a la ESE disminuir las tasas de accidentalidad y ausentismo laboral, se establecen planes de acción tendientes a mejorar, corregir y hacer seguimiento a los hallazgos encontrados. En el mes de noviembre del 2014 se realizó la inspección al corregimiento de Fortalecillas, en Enero Odontología y en Febrero Esterilización.

- c. **Informe de accidentalidad:** Se realizó investigación de los accidentes de trabajo noviembre del 2014 a febrero de 2015 (10 accidentes leves) para identificar oportunidades de mejoramiento que pueden ser implementadas por la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, con el objeto de mejorar los niveles de seguridad industrial, y por ende disminuir y controlar la accidentalidad en las diferentes áreas.
- d. **Exámenes médicos ocupacionales:** Se realizaron (68) valoraciones medicas ocupacionales de ingreso periódicas y de retiro a los trabajadores de planta para determinar probables enfermedades de origen laboral adquiridas durante el tiempo laborado en la Institución y el estado de salud al y terminación del contrato a la “E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA”. Quedaron pendiente 24 personas por valoración para poder realizar el diagnostico de condiciones de salud del personal en mención.
- e. **Pausas activas:** Dentro de las estrategias de intervención que se desarrollan en la institución se encuentran los programas de higiene postural y una de las acciones implementadas en ergonomía son las Pausas Activas, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo y comportamientos saludables frente a los factores de riesgo ocupacionales, Con el acompañamiento de la ARL Positiva se desarrollaron actividades con los funcionarios de la E.S.E como pausas activas asistidas por salud ocupacional en puestos de trabajo. En el mes de noviembre se realizó jornada de pausas activas con la fisioterapeuta de la ARL Positiva. Como política del área en el proceso de inducción se realizan prácticas de pausas activas al personal que ingresa a la Institución
- f. **Acompañamiento y asesoramiento al copasst:** Se continuó con las reuniones mensuales del comité paritario de Seguridad y salud en el trabajo, obteniendo poca participación de los integrantes. Como política se tiene la reunión el tercer miércoles de cada mes. En los meses de noviembre y diciembre no hubo quorum por inasistencia de los integrantes. En enero y febrero del 2015 se reunieron según Actas Nos. 001 y 002.
- g. **Plan de formación:** Se realizaron (7) capacitaciones según cronograma e inducción a todo el personal que ingrese a la institución, dando a conocer temas relacionados con Normas de Bioseguridad, Salud ocupacional, accidentes e incidentes de trabajo, copasst, normatividad legal.

- h. Evaluación ambiental de exposición al riesgo físico:** Con el fin de Cuantificar los niveles de iluminación en las diferentes áreas y/o puestos de trabajo donde se identifique personal expuesto, se realizó con el acompañamiento de la ARL, diez (10) monitoreos (luxómetros) en las áreas de trabajo y oficinas en las instalaciones de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA en los centros de salud de Eduardo Santos, Granjas, IPC y Palmas. En el mes de diciembre se realizaron evaluaciones ocupacionales de niveles de iluminación en los centros de salud, remitiendo recomendaciones del informe a la Gerencia y subgerencia.
- i. Diagnóstico de las condiciones de salud en sintomatología osteomuscular:** Con el acompañamiento de la ARL se aplicó a 16 funcionarios del área administrativa y asistencial de la ESE, encuesta de morbilidad sentida, con el fin de determinar sintomatología y frecuencia osteomuscular reportada por los funcionarios en diferentes miembros del cuerpo. Se remitieron resultados y recomendaciones a Gerencia y subgerencia

Se recomienda que haya mayor participación del personal de la Institución en las actividades que se programan, las cuales redundaran en el logro de los objetivos.

3. Componente ambiental:

- a. Capacitaciones:** Se realizaron 31 capacitaciones al personal Administrativo, asistencial y operativo. En temas relacionados en: Sensibilización Ambiental, Segregación en la Fuente, Manejo de Residuos Hospitalarios, Calentamiento Global: Cambio Climático, Política Ambiental, Uso Racional y Eficiente de Energía. Orden Y Aseo, Manejo de Líquidos Laboratorio y Rx, Manejo de Materiales Peligrosos, Responsabilidad Personal Sobre Protección Ambiental, Medidas de Prevención, Corrección Y Mitigación de Impactos Ambientales y Procedimientos de Respuesta a Emergencias Ambientales.
- b. Inspecciones:** Se realizaron 27 inspecciones de segregación en la fuente, Aseo de Canecas, Rutas Sanitarias y depósitos de residuos temporales.
- c. Comité gestión ambiental:** Se realizan las reuniones bimensuales (2) con el fin de identificar los problemas actuales o potenciales relacionados a la Gestión Ambiental, Planeación y ejecución de actividades, medidas preventivas y correctivas de acuerdo a los hallazgos generados , se socializan los indicadores del área.
- d. Reposición y rotulación de canecas de los centros de salud:** Con el fin dar cumplimiento a las necesidades de cambio de canecas dañadas en la diferente sedes

se realiza la reposición de canecas en mal estado. Se realiza la rotulación con el fin de dar cumplimiento al PGIRH de la E.S.E.

- e. Programas reciclaje:** Se cumple con la meta establecida en la generación de reciclaje en los meses de noviembre y diciembre con un promedio del 31.5%, mientras que en el primer bimestre del 2015 el promedio fue del 16.5%, no alcanzando la meta del 30%.
- f. Posconsumo:** Entrega de luminarias y pilas para la adecuada disposición final, según acta del 11-12-2014 con un peso de 21 kg
- g. Programas ambiental:** En aplicación al plan de acción del 2015, se realizaron los programas ambientales como uso eficiente del agua, uso eficiente de la energía, arbóreo y paisajístico, y control integral de plagas y vectores, los cuales serán remitidos al área de calidad para su respectiva aprobación y publicación en el intranet.
- h. Informe de plan de acción de saneamiento ambiental (secretaria de salud municipal):** En respuesta a la inspección efectuada por la Secretaria de Salud Municipal a las sedes de la ESE CEO. Se realizó el PLAN DE ACCIÓN DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Vector Aedes Aegyti con el fin evitar la propagación de vectores infecciosos y contribuyendo a la campaña TODOS CONTRA EL CHIKUNGUYA, en colaboración con el área de mantenimiento.
- i.** La Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena CAM realizo auditoria el 20 de enero del 2015 a la generación de residuos peligrosos, dando como resultado que La ESE cumple con la normatividad ambiental exigida a las Instituciones prestadoras de salud.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

La oficina de calidad ha venido trabajando el mejoramiento de procesos y procedimientos, para ello se cuenta con una ingeniera industrial la cual viene revisando y ajustando con los líderes y personal de los procesos los procedimientos, formatos y documentos de apoyo.

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
1. GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA	
Planeación	GE-S1M1-V6 MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Comunicaciones	
Defensa Judicial	
2. GESTIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	

Gestión de la información	
Gestión de habilitación	GC-S2P1-V3 AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE HABILITACION GC-S2D1-V2 FLUJOGRAMA AUTOEVALUACIÓN SISTEMA UNICO DE HABILITACION
PAMEC	
Seguridad del paciente	
Gestión de acreditación	
Evaluación y seguimiento	GC-S6F42-V3 LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS MEDICOS GC-S6F43-V3 APLICACIÓN PROCEDIMIENTOS AUX ENFERMERIA GC-S6F44-V1 CONTROL DE AUDITORIAS EXTERNAS GC-S6F3-V2 INFORME DE TURNO ADMINISTRATIVO
Aprendizaje institucional	GC-S7P1-V2 APRENDIZAJE INSTITUCIONAL GC-S7D1-V2 FLUJOGRAMA APRENDIZAJE INSTITUCIONAL

3. GESTIÓN DEL CONTROL INTERNO

Gestión del control interno	CI-S1P1-V3 PROCEDIMIENTO EVALUACION Y SEGUIMIENTO CL-S1P2-V2 ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA CI-S1D26-V1 CONTROL DE PROCESOS CI-S1F8-V1 LISTA DE CHEQUEO PLANEACIÓN CI-S1F9-V1 LISTA DE CHEQUEO COMUNICACIONES CI-S1F10-V1 LISTA DE CHEQUEO DEFENSA JUDICIAL CI-S1F11-V1 LISTA DE CHEQUEO GESTION DE LA INFORMACION CI-S1F12-V1 LISTA DE CHEQUEO GESTION DE HABILITACION CI-S1F13-V1 LISTA DE CHEQUEO PAMEC CI-S1F14-V1 LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE CI-S1F15-V1 LISTA DE CHEQUEO GESTION DE ACREDITACION CI-S1F16-V1 LISTA DE CHEQUEO EVALUACION Y SEGUIMIENTO CI-S1F17-V1 LISTA DE CHEQUEO APRENDIZAJE INSTITUCIONAL CI-S1F19-V1 LISTA DE CHEQUEO MEDICINA GENERAL CI-S1F20-V1 LISTA DE CHEQUEO ODONTOLOGIA CI-S1F21-V1 LISTA DE CHEQUEO DETECCION TEMPRANA CI-S1F22-V1 LISTA DE CHEQUEO IAMI CI-S1F23-V1 LISTA DE CHEQUEO PROGRAMAS ESPECIALES CI-S1F24-V1 LISTA DE CHEQUEO RIESGO CARDIOVASCULAR CI-S1F25-V1 LISTA DE CHEQUEO CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS CI-S1F26-V1 LISTA DE CHEQUEO GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS CI-S1F27-V1 LISTA DE CHEQUEO HOSPITALIZACION DE BAJA COMPLEJIDAD CI-S1F28-V1 LISTA DE CHEQUEO OBSTETRICIA DE BAJA COMPLEJIDAD CI-S1F29-V1 LISTA DE CHEQUEO IMAGENOLOGIA CI-S1F30-V1 LISTA DE CHEQUEO LABORATORIO CLINICO CI-S1F31-V1 LISTA DE CHEQUEO LABORATORIO DE CITOLOGIAS CI-S1F32-V1 LISTA DE CHEQUEO SOPORTE TERAPEUTICO CI-S1F4-V3 REGISTRO ASESORIAS Y ACOMPAÑAMIENTOS CI-S1F6-V2 LISTAS CHEQUEO PROCEDIMIENTOS MEDICOS CI-S1F9-V2 APLICACIÓN PROCEDIMIENTOS AUXILIARES ENFERMERIA CI-S1F10-V3 LISTA CHEQUEO AUDITORIA IMAGENOLOGIA
------------------------------------	--

	CI-S1F18-V1 LISTA DE CHEQUEO CONTROL INTERNO CI-S1F33-V1 LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CI-S1F34-V1 LISTA DE CHEQUEO LINEA DE FRENTE CI-S1F35-V1 LISTA DE CHEQUEO MONITOREO DE SERVICIOS CI-S1F36-V1 LISTA DE CHEQUEO PARTICIPACION CIUDADANA CI-S1F37-V1 LISTA DE CHEQUEO PRESUPUESTO CI-S1F38-V1 LISTA DE CHEQUEO CARTERA CI-S1F39-V1 LISTA DE CHEQUEO COSTOS CI-S1F40-V1 LISTA DE CHEQUEO CONTABILIDAD CI-S1F41-V1 LISTA DE CHEQUEO FACTURACION CI-S1F42-V1 LISTA DE CHEQUEO TESORERIA CI-S1F43-V1 LISTA DE CHEQUEO ADMINISTRACION DEL PERSONAL CI-S1F44-V1 LISTA DE CHEQUEO DESARROLLO INSTITUCIONAL CI-S1F45-V1 LISTA DE CHEQUEO PROGRAMAS DE EXTENSION CI-S1F46-V1 LISTA DE CHEQUEO CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO CI-S1F47-V1 LISTA DE CHEQUEO CONTRATACION CI-S1F48-V1 LISTA DE CHEQUEO ALMACEN CI-S1F49-V1 LISTA DE CHEQUEO INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS CI-S1F50-V1 LISTA DE CHEQUEO SERVICIOS ADMINISTRATIVOS CI-S1F51-V1 LISTA DE CHEQUEO SISTEMAS INFORMATICO CI-S1F52-V1 LISTA DE CHEQUEO GESTION DE DATOS ESTADISTICOS CI-S1F53-V1 LISTA DE CHEQUEO GESTION DOCUMENTAL CI-S1F54-V1 LISTA DE CHEQUEO SALUD OCUPACIONAL CI-S1F55-V1 LISTA DE CHEQUEO GESTION AMBIENTAL CI-S1F56-V1 LISTA DE CHEQUEO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CI-S1D4-V2 MATRIZ DE RIESGO GESTION GERENCIAL CI-S1D5-V2 MATRIZ DE RIESGO GARANTIA DE LA CALIDAD CI-S1D7-V2 MATRIZ DE RIESGO SERVICIOS AMBULATORIO CI-S1D8-V2 MATRIZ DE RIESGO INTERVENCION COMUNITARIA CI-S1D9-V2 MATRIZ DE RIESGO SERVICIO DE URGENCIAS CI-S1D11-V1 MATRIZ DE RIESGO APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO CI-S1D12-V2 MATRIZ DE RIESGO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CI-S1D17-V2 MATRIZ DE RIESGO TIC CI-S1D18-V2 MATRIZ DE RIESGO SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE CI-S1D19-V2 MATRIZ DE RIESGO SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
4. SERVICIOS AMBULATORIOS	
Medicina general	
Odontología	SA-S2F22-V1 REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES PYP SALUD BUCAL SA-S2M7-V4 PROCEDIMIENTOS TECNICOS ODONTOLOGICOS
5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	
Detección Temprana y Protección Específica	EIC-S1F49-V1 REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES HIGIENE ORAL
IAMI	
Programas Especiales	

Riesgo Cardiovascular	
Contratos Interadministrativos	
6. SERVICIO DE URGENCIAS	
Gestión del Servicio de Urgencias	SU-S1P4-V2 MANEJO Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SU-S1D31-V1 DRENAJE TORACICO SU-S1G15-V1 GUIA LINEAMIENTOS MANEJO PACIENTES VIRUS CHIKUNGUNYA SU-S1G16-V1 GUIA LINEAMIENTOS VIGILANCIA VIRUS CHIKUNGUNYA SU-S1D32-V1 ALGORITMO CHICUNGUÑA
7. SERVICIO HOSPITALARIOS	
Hospitalización Baja Complejidad	SH-S1P5-V2 MANEJO Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SH-S1G6-V1 GUIA PIELONEFRITIS SH-S1G7-V1 GUIA CELULITIS SH-S1G8-V1 GUIA ERISPELA SH-S1G9-V1 GUIA EDA SH-S1F14/V2 LISTA DE CHEQUEO PARA TRASLADO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
Obstetricia Baja Complejidad	SH-S2P4-V2 MANEJO Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
8. APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO	
Imagenología	ADT-S1F2-V1 RADIOGRAFIA INTRAORALES TOMADAS
Laboratorio Clínico	
Laboratorio de Citologías	
Soporte terapéutico	ADT-S4P7-V3 DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS ADT-S4P8-V3 ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS ADT-S4P11-V1 PLAN DE CONTIGENCIA PARA EL TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS EN CASO DE FALLA ELECTRICA ADT-S4F18-V1 PLAN DE CONTIGENCIA PARA EL TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS EN CASO DE FALLA ELECTRICA
9. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	
Monitoreo clínico epidemiológico	VE-S1G3-V1 GUIA LINEAMIENTOS MANEJO PACIENTES VIRUS CHIKUNGUNYA VE-S1G4-V1 GUIA LINEAMIENTOS VIGILANCIA VIRUS CHIKUNGUNYA VE-S1D3-V1 FICHA NOTIFICACION LEPRO VE-S1D4-V1 ALGORITMO CHICUNGUÑA
10. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	
Línea de Frente	
Monitoreo de servicios	
Participación Ciudadana	
11. GESTION FINANCIERA	
Presupuesto	
Cartera	
Costos	
Contabilidad	
Tesorería	

Facturación	GF-S5F1-V1 FORMATO DE COMPROBACION DE SERVICIOS RECIBIDOS POR EL USUARIO GF-S5F2-V1 FORMATO ENTREGA DE TURNOS FACTURADORES DE URGENCIAS
12. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
Administración del personal	
Desarrollo institucional	
Programas de extensión	
Control Interno Disciplinario	GTH-S4P1-V1 PROCESO DISCIPLINARIO EN PRIMERA INSTANCIA
13. GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	
Contratación	GBS-S1F1-V6 CERTIFICADO DE CONTRATISTA GBS-S1F24-V10 ESTUDIOS PREVIOS GBS-S1F2-V1 CERTIFICADO TERMINACION CONTRATOS ADMINISTRATIVOS GBS-S1F1-V7 CERTIFICADO DE CONTRATISTA GBS-S1F41-V1 CERTIFICADOS TERMINACION CONTRATOS ASISTENCIALES GBS-S1F42-V1 CERTIFICADO DE PAGO ASISTENCIALES GBS-S1F1-V1 CERTIFICADO DE PAGO ADMINISTRATIVOS GBS-S1F41-V1 CERTIFICADOS TERMINACION CONTRATOS ASISTENCIALES GBS-S1F42-V1 CERTIFICADO DE PAGO ASISTENCIALES GBS-S1F1-V1 CERTIFICADO DE PAGO PERSONAL GBS-S1F2-V1 CERTIFICADO TERMINACION CONTRATOS DEL PERSONAL GBS-S1F41-V2 CERTIFICADOS TERMINACION CONTRATOS ASISTENCIALES GBS-S1F42-V2 CERTIFICADO DE PAGO ASISTENCIALES GBS-S1F1-V2 CERTIFICADO DE PAGO PERSONAL GBS-S1F2-V2 CERTIFICADO TERMINACION CONTRATOS DEL PERSONAL
Infraestructura y equipos	GBS-S3-F26-V1 HOJA DE VIDA EQUIPOS ODONTOLOGICOS
Servicios administrativos	GBS-S4P4-V2 RONDAS ADMINISTRATIVAS ASISTENCIALES GBS-S4P1-V2 RONDAS ADMINISTRATIVAS
14. TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION	
Sistemas informáticos	TIC-S1P7-V1 PROCEDIMIENTO DE BAJA DE LICENCIAS DE SOFTWARE
Gestión de datos estadísticos	TIC-S2P2-V4 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y NACIDOS VIVOS
Gestión documental	
15. GESTION DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	
Salud ocupacional	SOA-S1-D1 PLAN HOSPITALARIO DE RESPUESTA A EMERGENCIAS PALMAS SOA-S1-D4 PLAN HOSPITALARIO DE RESPUESTA A EMERGENCIAS EDUARDO SANTOS SOA-S1-D7 PLAN HOSPITALARIO DE RESPUESTA A EMERGENCIAS IPC SOA-S1-D3 PLAN HOSPITALARIO DE RESPUESTA A EMERGENCIAS SIETE DE AGOSTO

Gestión ambiental	SOA-S2M1-V3 PGIRH SOA-S2F12-V3 CONTROL VENTA RECICLAJE SOA-S2D1-V1 PROGRAMA RECICLAJE
16. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
Referencia y contrareferencia	SRC-S1P2-V1 REFERENCIA INTERNA DE PACIENTES SRC- S1P3-V1 REFERENCIA A NIVEL SUPERIOR
TAB	SRC-S2M1-V1 TRANSPORTE DE PACIENTES SRC-S2G3-V1 TRASLADO PACIENTES PEDIATRICOS Y PERSONAS EN ABANDONO SRC-S2F8-V1 LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA AMBULANCIA SRC-S2D1-V1 PROTOCOLO TURINAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE AMBULANCIA SRC-S2D2-V1 PROTOCOLO LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBULANCIA SRC-S2D3-V1 PROCESO CONTROL DE MEDICAMENTOS SRC-S2D4-V1 MANEJO PREHOSPITALARIO VIA AEREA SRC-S2D5-V1 ATENCION HUMANA PACIENTE DE URGENCIAS SRC-S2D6-V1 REANIMACION PREHOSPITALARIA SRC -S2P2-V1 TAB ENTRE SEDES SRC -S2P3-V1 ADQUISICION, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCION Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DE TAB

Otro subproceso que se encuentra contemplado en el área de calidad es el de seguridad del paciente, cuyo objetivo es la verificación de los procedimientos, Guías, Protocolos y demás documentos de apoyo para la prestación del servicio se estén aplicando de manera eficiente que apunten a la seguridad del paciente; además se vienen analizando los posibles eventos adversos detectados o reportados en los diferentes servicios, para su clasificación análisis y generar Planes de mejoramiento.

En este subproceso se desarrollaron las actividades relacionadas con RONDAS DE SEGURIDAD, CODIGO AZUL, CODIGO ROJO, GESTION DE EVENTOS ADVERSOS Y FALLAS DE CALIDAD. Estas actividades se realizaron de manera continua durante el periodo de noviembre 2014 a febrero del año en curso, con el siguiente comportamiento.

Consolidado rondas de seguridad, código azul y código rojo

CENTRO DE SALUD	% DE CUMPLIMIENTO POR CENTRO DE SALUD		
	CODIGO AZUL	CODIGO ROJO	RONDAS DE SEGURIDAD
IPC	100%		100%
SIETE DE AGOSTO	100%		100%
PALMAS	100%		100%
CANAIMA	100%		100%
GRANJAS (PARTOS)	100%	100%	100%

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Consolidado reporte de eventos adversos, fallas de calidad y otros

MES		Noviembre/14	Diciembre/14	Enero/15	Febrero/15
N° REPORTES		42	23	19	53
N° FALLAS DE CALIDAD		39	14	7	41
EVENTO ADVERSO	Prevenible	1	4	7	6
	No prevenible	2	5	2	4
OTROS				3	2
TOTAL EVENTOS ADVERSOS		3	9	9	10

Se recomienda continuar con los seguimientos a los procesos misionales y capacitar al personal en la adopción de guías, manuales y protocolos que coadyuven a la seguridad del paciente.

1.2.3 Estructura Organizacional

El funcionamiento de la entidad está dado por la gestión por procesos que aunque no coincida con el organigrama institucional en donde los servidores participan de los procesos y se tienen en cuenta los niveles jerárquicos.

El 14 de Octubre/2014 se realizó Acta de terminación y recibo final. Los resultados del estudio de viabilidad empresarial en los aspectos técnicos, administrativos, jurídicos, financieros, y operativos, que permitan el diseño integral y desarrollo de la prestación de los servicios de salud en la ESE Carmen Emilia Ospina, se socializaron en junta directiva en el mes de diciembre de 2014.

Para la liquidación de dicho contrato el interventor realizó evaluación el 7 de enero del 2015.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Actualmente la ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con sesenta y nueve (69) indicadores en los diferentes procesos con veintiséis (26) indicadores de eficacia, veinticuatro (24) de eficiencia y diecinueve (19) de efectividad.

De los cuales cumplieron con la meta establecida 60 indicadores, 6 indicadores no cumplieron con las metas establecidas (Intervención comunitaria, apoyo diagnóstico y terapéutico - laboratorio clínico e imagenología,) y 3 indicadores no fueron reportados por las áreas de jurídica, mantenimiento y financiera.

Se recomienda que la Oficina Asesora de calidad elabore un control para la actualización y revisión de los indicadores, ya que las notificaciones de recordatorio a los líderes de los procesos con indicadores no las acatan.

1.2.5 Políticas de Operación

En las caracterizaciones para cada proceso encontramos las políticas que definen los parámetros necesarios para ejecutar dichos procesos y así cumplir con las actividades eficientemente estableciendo un adecuado mecanismo en la operación de la entidad.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La oficina de control interno en el periodo de Noviembre de 2014 a Febrero de 2015 continua realizando el seguimiento a los controles de los riesgos de los procesos de: Servicio de urgencias, talento humano salud ocupacional y medio ambiente, sistema de información y atención al usuario, tecnología de la información y comunicaciones

Dentro del rol de asesoramiento y acompañamiento se viene orientando técnicamente frente a la identificación de los riesgos, capacitando en la metodología a los líderes y brindando recomendaciones para la implementación de controles.

Se recomienda que los líderes de los procesos hagan seguimiento a los riesgos que se encuentran en la matriz.

Se identificaron 12 riesgos de corrupción en los procesos de financiera, contratación, gestión y talento humano.

Resultado análisis de los riesgos institucionales

COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO					
CLASE RIESGO	TOTAL RIESGOS	ZONA EXTREMA	ZONA ALTA	ZONA MODERADA	ZONA BAJA
CUMPLIMIENTO	17	12	2	3	
OPERATIVO	37	23	12	1	1

CORRUPCION	12				
FINANCIEROS	5	4	1		
TECNOLOGICOS	6	4	2		
ESTRATEGICOS	5	1	3	1	

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

La oficina de calidad realiza seguimiento sistemático de trazabilidad a los indicadores por procesos. Además con la actualización al MECI realizada por la entidad en razón al decreto 943 de 2014 se elaboraron las listas de chequeo para autoevaluación por procesos dándoles herramientas e instrumentos de medición a la gestión desarrollado por cada proceso.

Se recomienda que los funcionarios de cada proceso evalúen y midan la efectividad de los controles y los resultados de la gestión periódicamente en razón a que la evaluación de la gestión del plan de desarrollo se evalúa semestralmente; permitiendo con ello las acciones de mejoramiento de control requeridas, o que la evaluación del plan de desarrollo se realice trimestralmente.

2.1 COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

La gestión realizada por la oficina de control interno de noviembre 2014 a febrero del 2015 ha estado en caminata a cumplir con los informes de ley entre los que se presentaron están:

- ✓ Se realizó y público en la web el informe cuatrimestral de control interno para el periodo de Julio a Octubre de 2014.
- ✓ Se realizó y público en la Web el seguimiento al plan anticorrupción del periodo de Septiembre a Diciembre de 2014.
- ✓ Informes de austeridad y eficiencia del gasto público para el trimestre comprendido entre por los meses de Octubre a Diciembre de 2014.
- ✓ Elaboración informe de la oficina de SIAU. Ley 1474 de 2011 del segundo semestre del 2014.
- ✓ Se realizó el informe anual de Control Interno de la vigencia 2014
- ✓ Se realizó la Encuesta de Control Interno Contable de la vigencia 2014

Para el fomento de la cultura del autocontrol se elaboraron los boletines en temas como: Control Interno, Administración del Talento Humano, Ley de Transparencia y SIMAD, tendientes al fortalecimiento del compromiso de los funcionarios con la Entidad; además se efectuaron capacitaciones en temas como autocontrol, Ley de Transparencia, Ley Anti tramites a áreas Financiera, Contratación, sistemas, _Talento Humano, Almacén, Facturación, Farmacia, SIA, Calidad, Promoción y Prevención, servicio de urgencias, servicios ambulatorios, Vigilancia Epidemiológica y Referencia y Contra Referencia.

2.2 COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

La oficina de Control Interno ha venido desarrollando el plan de auditorías anual dando cumplimiento del 100% a las auditorias programadas; que para los meses de noviembre 2014 a febrero 2015 se efectuaron las siguientes:

- Proceso Garantía a la Calidad
- Proceso Estrategias de Intervención Comunitaria
- Proceso Tecnología de la Información y Comunicación
- Proceso Gestión financiera

Sin embargo en cuanto al programa anual de auditorías a cargo de las oficinas de control interno y calidad se efectuó un 100% cumpliendo con la meta de satisfacción que está en un 90%.

El avance en el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) inmerso dentro del SOGCS, se encuentra en un 100%.

2.3 COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO

La oficina de Control Interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas. Para el periodo de noviembre 2014 a febrero 2015 se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de:

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO 2014				
PROCESO	No DE ACCIONES PROPUESTAS	No DE ACCIONES CUMPLIDAS	No DE ACCIONES SIN CUMPLIR	No DE ACCIONES POR VENCER

ODONTOLOGIA SANTA ISABEL	3	3	0	0
ODONTOLOGIA IPC	5	4	1	0
ODONTOLOGIA GRANJAS	7	4	3	0
ODONTOLOGIA EDUARDO SANTOS	4	4	0	0
SALUD OCUPACIONAL	10	10	0	0
TALENTO HUMANO	13	12	1	0
SERVICIOS HOSPITALARIOS	4	0	0	4
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	7	6	1	0
TOTAL	53	43	6	4

Se recomienda que la elaboración de los planes de mejoramiento sean articulados con las dependencias de calidad o control interno.

3. EJE TRANSVERSAL – INFORMACION Y COMUNICACION

INFORMACIÓN PRIMARIA

Es importante señalar que la principal fuente de *información primaria* es la ciudadanía y las partes interesadas, por lo que debe ser observada de manera permanente. Durante el periodo de Noviembre 2014 a Febrero 2015, la ESE Carmen Emilia Ospina ha dado cumplimiento a los lineamientos de la política de atención al ciudadano a través del mejoramiento de la calidad, accesibilidad, oportunidad, a través de la implementación de los siguientes mecanismos:

- El Grupo de Atención al Usuario es el encargado de brindar la atención presencial y telefónica a la ciudadanía, así como de coordinar y hacer seguimiento al trámite de las peticiones recibidas en la Entidad a través de los diferentes canales de comunicación habilitados para tal fin. También ha trabajado en coordinación con el área de tecnología de la información y comunicaciones para la integración de los canales de comunicación a través del nuevo software de gestión documental SIMAD para la atención de las peticiones, quejas o reclamos.
- En la Página Web www.esecarmenemiliaospina.gov.co de la entidad, se encuentra el Link: PSQR. O buzón virtual mediante el cual los ciudadanos pueden hacer uso de sus derechos al realizar solicitudes, quejas o reclamos a la Entidad en línea.
- Dentro de las herramientas de participación Ciudadana se encuentra el centro de información y orientación donde los usuarios pueden tramitar el proceso de accesibilidad a los servicios de salud y orienta al usuario.
- Para facilitar al usuario manifestar inconformidades y capacitarlos en deberes y derechos e información general de la entidad en la prestación de sus servicios, se cuenta con tres moderadores que se encuentran en las tres zonas de influencia de la entidad para reforzar la labor que se encuentra a cargo de las oficinas de atención al usuario.
- A partir del mes de diciembre del 2014 la ESE Carmen Emilia Ospina creo el mecanismo de solicitud de citas a través de la página Web www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015. Este proceso se encuentra en periodo de socialización con las agremiaciones legalmente constituidas de la ESE Carmen Emilia (Asociación de usuarios y alianza de usuarios) con los cuales se proyecta trasladar personal para capacitar a nuestros usuarios en los centros de salud y en las comunas de la ciudad de Neiva.
- A finales del mes de Enero se socializa las campañas informativas saludables a realizarse en las instituciones educativas, en temas acceso a las rutas de atención, prevención de enfermedades de transmisión sexual, métodos de precaución del chikunguña y el dengue, las cuales se empezaron a ejecutar en el mes febrero, visitando el colegio María Cristina Arango de Pastrana, con los guías moderadores de atención al usuario
- MEGABRIGADAS ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE COMUNA EN COMUNA, "HOY MAS CERCA DE TI Y DE TU FAMILIA" Teniendo en cuenta que la ESE tiene como objeto prestar el servicio de primer nivel de complejidad con calidez, eficiencia, oportunidad, eficacia y calidad y que busca contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias del Municipio de Neiva y en especial a la población perteneciente al régimen subsidiado se implementa para el 2015 las

megabrigadas, donde la ESE traslada todo sus servicios y escenarios a las comunas con el fin de atender a sus usuarios.

Para el mes de Febrero esta actividad estuvo a cargo de las áreas de SIAU y TALENTO HUMANO la cual se llevó a cabo en la Comuna No. 1 en el polideportivo de Santa Inés, el día 28 de Febrero de 2015 de 8 a.m a 4.p.m. E de resaltar la participación de las Instituciones como Policía Nacional, Novena Brigada, Secretaria de Salud, Gestión del riesgo municipal, Surcolac, Disolpin, Aguas del Huila, Ciudad Limpia, Academia del palacio de la belleza entre otras

- Respecto al proceso de asignación de citas mediante la línea amiga 8726262, el proceso está bien estructurado y documentado, en donde se identifica que los responsables tienen claro el proceso. El área de SIAU en el horario de lunes a viernes de 7am a 9am, las auxiliares administrativas en cada centro de salud, asignan citas a la población prioritaria (adulto mayor, madres lactantes, madres gestantes, niños menores de un año, personas con alguna tipo de discapacidad, población de zona rural y víctimas del conflicto armado)

Parte del componente de información primaria son las encuestas de satisfacción que para el cuatrimestre de noviembre de 2014 a Febrero de 2015 se encuestaron 9.337 usuarios de los cuales 9.184 usuarios están satisfechos y 152 insatisfechos; dando como resultado una satisfacción global del 98%; con ello se está cumpliendo con la meta que está en un 95%.

Dentro de las políticas implementadas se realizaron campañas psico-educativas (dramatizados) en convenio con el INEM en los diferentes centros de salud y el acompañamiento de capacitación permanente en las rutas de acceso a los servicios de la ESE por parte de los guías moderadores de atención al usuario

La oficina de atención al ciudadano mensualmente desarrolla la encuesta de satisfacción de los usuarios en un promedio cuyos resultados se encuentran en la siguiente tabla:

CONSOLIDADO INDICE DE SATISFACCION GLOBAL ESE CARMEN EMILIA OSPINA NOVIEMBRE, DICIEMBRE DE 2014 ENERO, FEBRERO DE 2015					
MES	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	TOTALES
Encuestas Aplicadas	2319	2319	2307	2392	9337
Usuarios satisfechos	2275	2294	2270	2345	9184
Usuarios insatisfechos	44	25	37	46	152

Índice Satisfacción Usuario	98%	98%	98%	98%	98%
Índice de Insatisfacción Usuario	2%	2%	2%	2%	2%

Según los resultados arrojados por las encuestas de satisfacción global en el respectivo cuatrimestre, el único servicio que no alcanzo la meta del indicador de satisfacción fue el servicio de farmacia en el mes de enero quedando con un 94%; los demás servicios están por encima de la meta del 95% planteada por la oficina asesora de calidad para el indicador de satisfacción. A continuación la tabla detalla los resultados por servicios:

INDICE DE SATISFACCION POR SERVICIOS ESE CEO

SERVICIO	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	Promedio
ATENCION PARTOS	100%	100%	100%	100%	100%
LABORATORIO	99%	100%	100%	99%	100%
HOSPITALIZACION	100%	100%	100%	100%	100%
HIPERTENSION	100%	98%	100%	99%	99%
URGENCIAS	96%	98%	98%	97%	97%
SERVICIOS GRALES	100%	100%	100%	100%	100%
ECOGRAFIAS	100%	100%	100%	100%	100%
FARMACIA	96%	98%	94%	96%	96%
ODONTOLOGIA	99%	98%	98%	100%	99%
MEDICINA GENERAL	98%	96%	97%	96%	97%
ARCHIVO	100%	100%	100%	100%	100%
FACTURACION	96%	100%	98%	95%	97%
RX	100%	100%	100%	100%	100%
PYP	98%	99%	100%	99%	99%

Los servicios de atención partos, laboratorio, hospitalización, servicios generales, ecografía y archivo lograron un cumplimiento del 100%; los servicios de hipertensión, odontología y P y P registran un índice superior del 99%; los servicios de urgencias, facturación y medicina general se encuentran por encima del 97%; farmacia registra un índice del 96%.

Para el periodo de noviembre 2014 a febrero del 2015, presento disminución del 9% las Peticiones Quejas y Reclamos respecto al cuatrimestre de julio a octubre de 2014 que ascendieron a 43, incrementado en un 30.2% respecto al periodo de marzo a junio de 2014 que fueron 30. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA							
CONSOLIDADO QUEJA NOVIEMBRE 2014 - FEBRERO DE 2015							
	SIETE DE AGOSTO	PALMAS	IPC	CANAIMA	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	TOTAL
NOVIEMBRE	3	0	3	4	0	0	10
DICIEMBRE	2	1	0	4	1	0	8
ENERO	1	0	3	4	1	0	9
FEBRERO	1	0	3	5	3	0	12
TOTAL	7	1	9	17	5	0	39
ZONA	8		26		5		39
	ORIENTE		SUR		NORTE		

La oportunidad en la contestación de las quejas quedo en un 100% para el periodo de noviembre de 2014 a febrero de 2015 antes de los 15 días.

Los principales motivos de quejas son mala actitud del personal, los pendientes de medicamentos y tiempos de espera prolongados en el área de urgencias. Presentándose de las anteriores quejas planes de mejora en los procesos de facturación y urgencias.

Se recomienda Intensificar las capacitaciones a los usuarios para un mayor acceso a las citas virtuales.

INFORMACIÓN SECUNDARIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La entidad viene garantizando los recursos tecnológicos para la generación y procesamiento de la información facilitando con ello el cumplimiento de los objetivos institucionales y sociales. A continuación se detallan las mejoras efectuadas:

- Se realizó el cuarto mantenimiento preventivo evidenciado en los formatos de reportes de trabajo, firmados por los funcionarios responsables de los equipos, realizado por el personal técnico del área de sistemas a todos los equipos de

cómputo de la ese CEO, durante el mes de diciembre de 2014 según los programado en cronograma anual de mantenimiento.

- Se realizó la actualización del inventario de equipos de cómputo (hoja de vida) de la ese ceo, en el aplicativo de hojas de vida equipos de cómputo, desarrollado por el área de sistemas.
- Se implementó la Interconexión por radio enlaces de la sede de San Francisco, Vegalarga, San Luis y Chapinero con la sede central Granjas. la interconexión dándose continuidad al mismo, lo cual contribuye al registro clínico on-line a si la facturación, verificación de derechos, se capacito al personal en el sistema y se realiza una visita mensual como acompañamiento en el proceso.
- Se continúa con el proceso de implementación e integración de la infraestructura tecnológica de Gestión Documental ajustada a los Procesos Misionales, Archivísticos y estándares de Tecnología de Información y Comunicaciones (TIC), con la adquisición de 10 escáner para las áreas de: cartera, contratación, auxiliar administrativa de zonas, almacén, archivo, subgerencia y gerencia, que permitan la digitalización de las series documentales de cada área de alto rendimiento.
- Se adquirieron 2 Tablet ejecutivas de alto rendimiento como solución de alta movilidad, reportes y presentaciones gerenciales a cada uno de los entes de control y como dispositivo de almacenamiento en capacitaciones y/o reuniones gerenciales o de interés administrativo.
- Se llevó a cabo el diseño, programación del módulo de citas web con interfaz a las bases de datos de DINAMICA GERENCIAL, para lo cual y en su Fase de Transacción en Línea que es en la que se proveen transacciones electrónicas para la obtención de productos y servicios, mediante canales seguros, para la asignación de citas de manera online, a través del portal web de la empresa, lo cual facilita y agiliza este trámite, tanto para usuarios como para funcionarios administrativos y médico de la empresa.
- Actualización diaria de la página web, intranet, de acuerdo a los boletines publicados, en el cuatrimestre en estudio se publicaron 44 boletines y eventos.
- El plan de acción para la vigencia 2015 del área de comunicaciones, se viene ejecutando de manera ordenada y cumplida las siguientes actividades: Publicación de boletines (100%), realización de eventos (100%), apoyo logístico de eventos organizados por la Entidad (100%), actualización de redes sociales (100%), carteleras físicas (100%), organización de la rendición de cuentas, gobierno en línea.

- El objetivo del Plan de Comunicaciones Vigencia 2015 es posicionar la empresa y la gestión gerencial por medio de la comunicación interna y externa a través del plan de medios, material P.O.P (Dummie, atril, volantes, afiches, pendones, pasacalles, agendas, lapiceros, stand portátil, entre otros), elaboración del portafolio de servicios, redes sociales, actualización y elaboración de videos institucionales y el himno, con un presupuesto de \$185 millones.
- El plan de medios (radio, prensa, televisión, internet) de la ESE será coordinado por Am Sur Agencia de Medios del Sur S.A.S
- Respecto a la digitalización y registro en la aplicativo SIMAD, de los tipos y series documentales correspondientes al área de talento humano (historias laborales contratistas y empleados), en el periodo de noviembre del 2014 a febrero del 2015 se registraron 146 hojas de vida nuevas y 141 documentos precontractuales. No se evidencio Digitalización y registro en la aplicativo SIMAD, de los tipos y series documentales correspondientes al área de talento Humano de las Historias laborales de los empleados.
- Digitalización y registro en la aplicativo SIMAD, de los tipos y series documentales correspondientes al área de contratación (contratos). Se digitalizan las cuentas de cobro (contrato-legalización del contrato-documento equivalente-planilla seguridad social-anexo acta de inicio (nuevo contrato)), liquidaciones (acta de liquidación-acta de terminación-paz y salvo ESE-informe de actividades-planilla seguridad social-acta de inicio-contrato-legalización del contrato) y contratos perfeccionados (contrato-estudios previos-pólizas-R.P- C.D.P, recibo pago Alcaldía- recibo de pago póliza). En el periodo de noviembre a febrero del 2015 se subieron 505 contratos al sistema, correspondiente a 78.033 folios.
- Digitalización y registro en el aplicativo SIMAD, de los tipos y series documentales correspondientes al área de cartera. (cuentas de cobro, soportes, actas, contratos) En el periodo en estudio se evidenciaron 11.277 folios del área de cartera.
- Depuración, organización, digitalización en el aplicativo dinámica gerencial net de los tipos y series documentales correspondientes al 20% historias clínicas físicas. En el periodo noviembre 2014 a febrero del 2015 se digitalizaron 3.575 historias clínicas al sistema.

LINA MARIA VASQUEZ DIAZ
Coordinadora de control interno