

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	LINA MARÍA VÁSQUEZ DÍAZ	Período evaluado: 01/07/2013 al 31/10/2013
		Fecha de elaboración: 15/07/13

Subsistema de Control Estratégico

Ambiente de control :

Acuerdos, compromisos y protocolos éticos

Se continúa adelantando a través del programa de inducción y reinducción el cual se efectuó de dos maneras masivas e individuales, la socialización del código de ética y buen gobierno el cual está incluido en la hoja de ruta de los contratistas nuevos y enviado a los correos electrónicos.

Las jornadas de reinducciones se llevaron a cabo en el mes de julio, agosto y octubre contando con una participación de 425 personas en su gran mayoría estudiantes de los convenios docencia asistencial.

En el periodo de julio a octubre solo ingresaron 18 personas nuevas a las cuales se les realizó la respectiva inducción.

Se recomienda realizar una capacitación exclusiva y revisión del cumplimiento en valores y principios éticos con el fin de fortalecer la finalidad del código de ética y buen gobierno.

Desarrollo del talento humano

La dependencia de talento humano viene ejecutando los programas de bienestar social, adoptado mediante resolución No 54 de marzo de 2013, y el plan de capacitaciones adoptado mediante resolución No 55 de 2013, acorde a las necesidades de los funcionarios de la entidad.

A continuación el cuadro muestra los avances efectuados en dichos programas

PROYECTO	EJECUCION	ASPECTOS RELEVANTES
PLAN DE CAPACITACION	En los meses de Julio a Octubre del 2013, se realizó un 92% de la ejecución de las actividades programadas.	En los meses de Julio a Octubre, se capacitaron a 1283 funcionarios de contrato y de planta.
PLAN DE BIENESTAR SOCIAL	En los meses de Julio a Octubre del 2013, se realizó un 46% de la ejecución de las actividades programadas. Las actividades que están pendientes por ejecutar se realizarán en los meses de Noviembre y Diciembre.	De las actividades pendientes por ejecutar en los meses de Noviembre y Diciembre, ya se encuentran en el proceso de contratación (Olimpiadas y actividades vacacionales), con el fin de dar cumplimiento a la meta programada.

Fuente: oficina asesora de talento humano

Es de anotar que el porcentaje de cumplimiento del plan de bienestar está bajo en razón a que la gran mayoría de las actividades están para desarrollar en los meses de noviembre y diciembre.

A través del comité de convivencia laboral se dieron soluciones al conflicto de un préstamo e dinero con el cual se llegó a un acuerdo de pago mediante descuento por nómina y se escucharon las versiones de una funcionaria por un supuesto acoso laboral ..

La dependencia de talento humano ha venido realizando con las diferentes fondos de pensiones, salud, ARP y cesantías los saneamientos de los aportes de sus funcionarios.
A continuación las conciliaciones

Estilo de dirección

La gerencia continua realizando los comités de rondas administrativas cada ocho días con las cuales ejerce un seguimiento de los procesos y cumplimiento de los objetivos estratégicos para el cumplimiento de su plan de desarrollo. Paralelo a este proceso se establecen los diferentes proyectos a desarrollar, su inversión y el cumplimiento de metas lo que evidencia un fuerte compromiso de la planeación.

Para dar cumplimiento 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 con el fin de acatar la ley 909 de 2004.

Direccionamiento estratégico:

Planes y programas

Se cuenta con un plan de desarrollo, aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo No 022 de 2012, el cual se encuentra articulado con el plan de gestión.

A continuación se presenta el seguimiento a los proyectos de inversión:

PROYECTO	AVANCE
Elaboración de un diseño y proyecto del centro de salud comuna 10	Se inscribió en el plan bienal 2012-2013. Se tiene definido los posibles servicios que iría a prestar la ampliación del centro de salud, se estimaron los costos de diseño y construcción, se asignaron los recursos para contratar los diseños y presupuesto. Fue necesario aplazar la contratación por dificultades de carácter legal
Cofinanciación de un proyecto del centro de salud de la comuna 10	En reuniones sostenidas con el señor Alcalde se ha planteado la cofinanciación del proyecto.

Fuente: oficina asesora de planeación

PROYECTO	Apropiación vigente	Comprometido	Obligado	Avance financiero	Avance de obra	Ejecución presupuestal
Operativización de un proyecto CAIMI en su primera etapa	El proyecto se cofinancia entre Municipio de Neiva, Dirección de regalías y ESE CEO. La ESE Aporta \$234.141.000 con recursos del 2010. El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva. En cuanto a la dotación se tiene firmado un convenio por valor de \$ 517.631.364.62. La secretaría de Salud departamental dio concepto técnico favorable y viabilidad el proyecto, para iniciar el proceso contractual.	\$ 234.141.000	\$ 234.141.000	\$ 234.141.000	60%	\$ 234.141.000
Operativización de un centro de salud de la Comuna 6	El proyecto se cofinancia entre Municipio de Neiva, Departamento del Huila y ESE CEO. La ESE Aporta \$1,017,703,749 con recursos del 2011. El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva. En cuanto a la dotación se tiene firmado un convenio por valor de \$ 1.296.103,440. La secretaría de Salud departamental dio concepto técnico favorable y viabilidad el proyecto, para iniciar el proceso contractual.	\$ 1.017.703.749	\$ 1.017.703.749	\$ 1.017.703.749	99%	\$ 1.017.703.749

Fuente: oficina asesora de planeación

Además se viene trabajando en otros programas y políticas para el cumplimiento del plan de desarrollo a través de las dependencias de salud ocupacional y ambiental. A continuación se detalla la gestión realizada para el cumplimiento de las estrategias del desarrollo de talento humano y un medio ambiente amigable:

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
PLAN DE EMERGENCIAS	se actualizo el plan de emergencias de la sede de granjas
PANORAMA DE RIESGOS (MATRIZ DE RIESGOS)	se actualizo la matriz de riesgo para la de granjas

Fuente: oficina de salud ocupacional

Se recomienda agilizar el proceso de actualizaciones del plan de emergencias y panorama de riesgos para con las sedes de IPC, siete de agosto, santa Isabel, palmas, Eduardo santos en consecuencia del poco tiempo para la terminación de la vigencia en el cumplimiento de estas metas dentro del plan de desarrollo.

Dentro del componente ambiental tenemos la siguiente gestión:

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
Evaluar, diseñar e implementar el programa de reciclaje en el ESE Carmen Emilia Ospina	<ul style="list-style-type: none"> • Se diseñó propuesta sobre el programa de reciclaje. • Se realizó el diseño del folleto ilustrativo para concientizar al personal sobre la separación y clasificación adecuada de los residuos. • El programa fue aprobado y está en vigencia a partir del 1 de septiembre de 2013. • Para su implementación se creó FORMATO DE CONTROL DE RECICLAJE, el cual está siendo utilizado a partir de la entrada en vigencia del programa en todas las sedes y que permite identificar en forma permanente tanto cantidades como los diferentes tipos de residuos que se generan en la ESE Carmen Emilia Ospina.
Capacitar al personal de la ESE Carmen Emilia Ospina.	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó capacitación al personal de servicios generales y auxiliares de enfermería, en el manejo adecuado de los residuos hospitalarios, su clasificación, elementos de protección personal y medidas de bioseguridad durante la recolección y transporte de los mismos. • Se realizó capacitación al personal de servicios generales, en el manejo de jabón líquido para manos de Quirumédicas, ya que se estaba presentando manchas en los lavamanos de la institución y este no estaba siendo usado en su forma debida.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó la capacitación al personal de servicios generales y auxiliares administrativas, sobre el diligenciamiento del formato "Generación de Residuos Hospitalarios RH1" implementado en la ESE Carmen Emilia Ospina. • Con motivo de la implementación del programa de reciclaje en la ESE Carmen Emilia Ospina, se socializo en cada una de las sedes, el sistema de tratamiento de residuos reciclables, a partir de su recolección, separación, almacenamiento, pesaje y entrega final a la empresa asignada para este fin. • Se viene realizando permanente instrucción sobre el manejo adecuado del sitio de almacenamiento de residuos patógenos, ordinarios y reciclables, que se generan en la ESE CEO, con respecto al aseo, orden, clasificación, correcta ubicación y disposición de cada uno de ellos. • Se organizó la disposición adecuada de los implementos de aseo utilizados por el personal de servicios generales, separándolos por áreas en el sitio de ubicación de tal forma que puedan identificarse fácilmente al momento de ser utilizados.
<p>Operativizar el comité de Gestión Ambiental</p>	<p>Con el fin de reactivar la operatividad del Comité de Gestión Ambiental, mediante Resolución No. 264 de Noviembre de 2013, se modificó la Resolución No. 073 de 23 de Mayo de 2003, por medio de la cual se crea dicho comité.</p>
<p>Documentar la política de la Gestión Ambiental en la ESE Carmen Emilia Ospina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se modificó la Política de Gestión Ambiental, de acuerdo a lo que había presentado la señora Luz Dary Jaramillo encargada anteriormente del área de salud ocupacional y gestión ambiental. • El día 31 de julio se hizo entrega para primera revisión a la subgerencia administrativa. • Se envía correo a departamento de calidad adjuntando la política ambiental actualizada al día 30 de julio de 2013, con el fin de realizar los ajustes pertinentes para luego ser pasada a aprobación por la gerencia y así ser divulgada a todo el personal. • Actualmente, dicho documento se encuentra en proceso de modificación de acuerdo a las sugerencias aportadas por el departamento de calidad de la empresa.
<p>Demás actividades anexas o complementarias propias de la actividad, que se requieran para el cabal y adecuado cumplimiento de este objetivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó informe diagnóstico ambiental, para el área de radiología, sobre lo cual se hicieron algunas observaciones y recomendaciones correctivas. • Se realizaron visitas periódicas a las diferentes sedes, para el total cumplimiento del contrato de la empresa INCIHUILA, responsable del aseo y recolección de los residuos hospitalarios.

- Se programaron actividades, de acuerdo a la matriz PAMEC, como por ejemplo: temas de capacitación a la Junta Directiva. Capacitación al personal asistencial sobre el manejo adecuado de los elementos corto-punzantes, manejo seguro de recipiente guardián. Contratar empresa que se dedique a las mediciones ambientales, como son ruido, humedad e iluminación.
 - Se diligenciaron las fichas técnicas correspondientes a los indicadores de calidad, en coordinación con el área de Salud Ocupacional.
 - Se atendió la visita de la Contraloría Municipal de Neiva, realizando recorrido y entregando evidencias de lo que se ha realizado hasta el momento en la ESE Carmen Emilia Ospina respecto a gestión ambiental.
 - Se realizó modificación a los documentos de apoyo existentes para el mapa de procesos vigente en la institución, con el fin de proyectar su actualización en lo que respecta al área de Gestión Ambiental para el año 2014.
 - Se realizó visita al nuevo Centro de Salud del Barrio Canaima, con el fin de identificar la distribución y ubicación de áreas para establecer las rutas de evacuación de residuos hospitalarios, establecer la necesidad de recipientes para la recolección de residuos, en cuanto a cantidad, colores, capacidad y ubicación de los mismos.
- Con base en dicha visita, se elaboró un documento que contiene lo anteriormente relacionado, con lo cual se realizó la cotización correspondiente, anexa junto con otros documentos, al acta de visita elaborada con destino a la Gerencia de la empresa.
- En coordinación con la subgerencia administrativa se viene realizando reuniones periódicas con la supervisora de la empresa INCIHUILA, con el fin de hacer seguimiento al cumplimiento del contrato de aseo.

Fuente: oficina Medio Ambiente

Estructura organizacional

Para el cumplimiento del objetivo de la redefinición de la estructura funcional de la empresa la gerencia viene realizando varias gestiones con el ministerio de la protección social a razón que se declaró desierta la licitación del proceso por no presentación de propuestas; sin embargo la gerencia conformo dos grandes grupos uno técnico a cargo de talento humano, planeación y jurídico y el otro financiero con el fin de adelantar internamente el estudio y tener una base de la capacidad instalada del área misional en la modalidad de funcionarios de planta. Además es de anotar la gran dinámica que vive en estos momentos el sector salud en cuanto a cambios de la normatividad lo que sugiere una espera al pronunciamiento de la nueva ley de reforma en salud.

Administración del riesgo

La oficina asesora de control interno viene realizando la revisión a los seguimientos del mapa de riesgos y los puntos de control de los riesgos. Sin embargo aún no se ha iniciado la revisión de los mapas de riesgos de acuerdo a la nueva actualización de los procesos que viene ejecutando la oficina de calidad.

Subsistema de Control de Gestión

Actividades de control, políticas de operación, procedimientos y controles

La oficina asesora 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. Para ello ha realizado 8 flujogramas de cada uno de los procesos misionales.

A continuación se muestran los avances en las mejoras de los procesos :

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
GESTION GERENCIAL: (SUBPROCESO PLANEACION SUBPROCESO COMUNICACIONES SUBPROCESO DEFENSA JUDICIAL)	Subprocesos 100% actualizados, pendiente de colgar en la intranet
GESTION GARANTIA DE LA CALIDAD	Proceso 100% actualizado y subido en el nuevo mapa de procesos de la intranet
GESTION DE CONTROL INTERNO	Proceso 100% actualizado, pendiente de colgar en la intranet
SERVICIOS AMBULATORIOS	Cumplimiento 50%
INTERVENCION COMUNITARIA	Cumplimiento 50%
SERVICIOS URGENCIAS	Cumplimiento 40%
SERVICIOS HOSPITALARIOS	Cumplimiento 45%
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Cumplimiento 50%
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Pendiente de revisión
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Cumplimiento del 90%
GESTION TALENTO HUMANO	Se revisó la documentación de este proceso, pendientes que entreguen los documentos modificados.
SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	Proceso 100% actualizado y subido en el nuevo mapa de procesos de la intranet
GESTION FINANCIERA (SUBPROCESO FACTURACION) SUPROCESO PRESUPUESTO SUBPROCESO COSTOS SUBPROCESO DE CONTABILIDAD SUBPROCESO CARTERA SUBPROCESO TESORERIA	Se revisó con los responsables de los subprocesos los documentos quedando a la espera que entreguen la documentación respectiva. Cumplimiento: 50%. SUBPROCESO PRESUPUESTO: no se ha contado con el apoyo del asesor.

TECNOLOGIA DE INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN	Proceso 100% actualizado y subido en el nuevo mapa de procesos de la intranet
GESTION DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE SUBPROCESO MEDIO AMBIENTE:	SALUD OCUPACIONAL: Se revisó la documentación de este proceso, pendientes que entreguen los documentos modificados. Cumplimiento 50%. Subproceso Gestión Ambiental: 100% cumplimiento, se encuentra actualizado y subido en el nuevo mapa de procesos de la intranet
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS: SUPROCESO CONTRATACION SUBPROCESO ALMACEN SUBPROCESO INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS. SUBPROCESO SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Proceso pendiente de revisión, no se ha contado con el apoyo de los líderes.
CARACTERIZACIONES DE PROCESOS	Se realizaron 16 caracterizaciones de cada uno de los procesos, cumplimiento del 100%.

Fuente: oficina asesora de calidad

Se realizó la modificación a la resolución del mapa de procesos donde quedo como nuevo proceso el de referencia y contrareferencia, el cual se encuentra en jurídica para la respectiva revisión y posterior aprobación por parte de la gerencia.

Además se viene con un cumplimiento del 100% de las rondas administrativas efectuadas los fines de semanas en los diferentes centros de salud.

Se viene cumpliendo en un 100% con la gestión de eventos adversos.

El área técnica científica viene apoyando la revisión de documentos como el manual de bioseguridad de la entidad con actualización en el mes de septiembre y con ello dando cumplimiento a la política de seguridad del paciente.

El porcentaje de cumplimiento en el despliegue y socialización de la política de seguridad del paciente es de un 61%.

Se realizó revisión, seguimiento y monitoreo del procedimiento de referencia y contrareferencia con el fin de garantizar la oportunidad en la recepción de la referencia quedando el indicando en 4 horas máximo de espera de la recepción.

además a continuación se detalla la gestión realizada por el área técnico científica para el cumplimiento de los objetivos institucionales:

PROCESO	GESTION	MEJORA EFECTUADA
<p style="text-align: center;">PROCESOS ASISTENCIALES Y DE PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA</p>	<p>Operativizacion del Comité Técnico- Científico conformado mediante resolución No 025 del 18 de Junio de 2013 y modificado por resolución 190.</p>	<p>Monitoreo permanente de los procesos asistenciales de los centros y puestos de salud que hacen parte de la ESE. Unificación de criterios. Actas de reuniones. Cumplimiento del :100% (programados 20, realizados 20). Actas disponibles en área tecnico-cientifica.</p>
	<p>Establecimiento de lineamientos para la entrega del KIT de Glucometria de acuerdo a lo establecido en el artículo 39 del acuerdo 029 del 2011.</p>	<p>Orientación a las diferentes zonas para la adecuado información al usuario que requiera de estos insumos (RCV). Circular No 028 del 8 de Julio de 2013</p>
	<p>Fortalecimiento del proceso de elaboración de certificados de defunción, estableciendo las directrices que permitan cumplir con la normatividad vigente de acuerdo a la Ley 23 de 1,98, Decreto 1171 de 1,997, Circular 019 de 2007.</p>	<p>Procedimiento ajustado, aclaración con el recurso humano asistencial y auditores médicos acerca de las actividades a realizar. Circular NO 031</p>
	<p>Fortalecimiento del proceso de atención a la gestante, a través de la definición de la ruta materna de la usuaria con el fin de asegurar la captación temprana (antes de la semana 12 de gestación) y la oportuna valoración del riesgo obstétrico en la consulta prenatal por médico general. El indicador se encuentra en proceso de monitoreo.</p>	<p>Circular No 025 del 18 de Junio de 2013 y Circular 039 de octubre 03 de 2013.</p>
	<p>Fortalecimiento de la atención del menor con desnutrición.</p>	

<p>Acompañamiento al área de calidad en el proceso de autoevaluación de las condiciones de habilitación.</p>	<p>Autoevaluación de los centros de salud del área urbana y 3 puestos de salud del área rural, con el fin de determinar necesidades y poder cumplir con las normas de habilitación.</p>
<p>Fortalecimiento de los convenios de docencia servicio con las instituciones educativas.</p>	<p>Actas de comité de docencia servicio.</p>
<p>Elaboración del Protocolo de atención de víctimas de violencia sexual.</p>	<p>Protocolo adoptado por Resolución No 200 del 27 de agosto de 2013.</p>
<p>Diseño, elaboración de documento soporte de estrategia de intervención comunitaria "Neiva unida para una vida sana", con el fin de mejorar las coberturas de los programas de protección específica y detección temprana, Según las matrices de programación.</p>	<p>Con el fin de mejorar las coberturas, la estrategia a permitido el crecimiento efectivo en las coberturas, en un 17,5%.</p>
<p>Capacitación en soporte vital básico al personal de vacunación en cumplimiento de la política de seguridad del paciente en articulación con el centro de formación de la Cruz Roja Seccional Huila.}</p>	<p>Cumplimiento del 100% del personal programado se capacito en soporte vital básico por la Cruz Roja</p>

	<p>Adopción de las guías y normas técnicas de la resolución 412 de 2000 en la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento en la ESE Carmen Emilia Ospina.</p>	<p>Resolución No 188 de adopción de guías y normas técnicas de resolución 412</p>
	<p>Revisión de cinco (5) guías de atención correspondientes a las 5 primeras causas de atención en el servicio de urgencias y la de hipertensión asociada al embarazo.</p>	<p>Infecciones respiratorias agudas superiores, infecciones respiratorias de vías respiratorias inferiores, infecciones de vías urinarias, enfermedad diarreica aguda, dolor abdominal en proceso de revisión y adopción.</p>
	<p>Ajuste de presupuesto y de necesidades de dotación de Centros de atención de la comuna 6 y CAIMI</p>	<p>Documento radicado en Secretaria de Salud Municipal y Secretaria de salud departamental</p>

Fuente: oficina asesora técnico científica

Se recomienda la terminación de los ajustes a los procedimientos de los procesos de apoyo y misionales.

Indicadores

La Operativización del tablero de indicadores se encuentra en un 60% a lo cual se recomienda la socialización en el comité técnico para su respectivo plan de mejoramiento y la notificación de cumplimiento para los líderes de los procesos. Es de citar que la oficina asesora de calidad cuenta con cada una de las fichas técnicas de los indicadores.

Información y comunicación pública

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:

Proceso	Mejora efectuada
TIC -SISTEMAS INFOMATICOS	*Instalación, configuración, actualización y puesta en marcha del nuevo Antivirus 250 licencias para todos los equipos de la ESECEO.
	Renovación Tecnológica: -69 equipos de cómputo tipo escritorio -11 portátiles
	Licenciamiento: 80 Licencias Windows 8 pro 10 licencias de Office 2013 Pro.
	Implementación de 10 Módems verticales para la comunicación extramural.
	Implementación del correo corporativo OUTLOOK. @esecarmenemiliasopina.gov.co
	Diseño, programación, implementación y puesta en marcha del módulo de PYP EBERS, para verificación de derechos y demanda inducida de promoción y prevención.
	Adecuación al módulo de historias clínicas- Triage, de acuerdo al proceso establecido por la ESECEO, para el mejoramiento de los tiempos de atención.
	Instalación y puesta en marcha de UPS central de 15KVA para el centro de salud IPC.
TIC-GESTION DOCUMENTAL	Actualización de procedimientos y formatos de gestión documental.
	Actualización del manual de búsquedas del archivo central
	Sistematización del archivo clínico en el software dinámica gerencial
	Compra de 4 scanner de alto rendimiento, para iniciar el proceso de recepción de correspondencia
	Compra de software documental SIMAD, para dar inicio a proceso de sistematización de gestión documental

fuelle: oficina de sistemas

Se recomienda agilizar el proceso de rediseño de la página web, para alcanzar a cumplir con la meta establecida en el plan de desarrollo para la vigencia 2013.

Parte del proceso de comunicación con los usuarios son las encuestas de satisfacción que con corte a 31 de octubre se obtuvo un 98.7% de satisfacción global

La oficina de atención al ciudadano mensualmente desarrolla la encuesta de satisfacción del usuarios en un promedio de cuyos resultados se encuentran en las siguientes tablas:

CONSOLIDADO POR ZONA

ZONA	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
ORIENTE	99%	98%	98%	99%
SUR	98%	99%	99%	99%
NORTE	99%	99%	99%	99%

CONSOLIDADO DE SATISFACCION POR CENTRO DE SALUD

CENTRO DE SALUD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
SIETE DE AGOSTO	99%	97%	96%	99%
PALMAS	99%	98%	98%	99%
IPC	99%	100%	100%	100%
SANTA ISABEL	97%	98%	99%	97%
GRANJAS	99%	99%	99%	99%
EDUARDO SANTOS	100%	100%	99%	99%

INDICE DE SATISFACCION POR SERVICIOS

SERVICIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
ATENCION PARTOS	100%	100%	100%	100%
LABORATORIO	99%	100%	99%	100%
HOSPITALIZACION	100%	100%	99%	100%
URGENCIAS	99%	99%	100%	100%
SERVICIOS GRALES	99%	99%	99%	100%
ECOGRAFIAS	100%	99%	100%	100%
FARMACIA	99%	99%	99%	99%
ODONTOLOGIA	100%	100%	99%	100%

MEDICINA GENERAL	99%	99%	99%	99%
ARCHIVO	100%	100%	100%	100%
FACTURACION	99%	99%	99%	100%
RX	100%	100%	100%	100%
PYP	99%	99%	99%	99%

Para el periodo de julio a octubre disminuyeron en un 16% las Peticiones Quejas y Reclamos pasando de 44 para el periodo de marzo a junio a 38. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA							
CONSOLIDADO QUEJAS DE JULIO A OCTUBRE DE 2013							
	SIETE DE AGOSTO	PALMAS	IPC	SANTA ISABEL	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	TOTAL
JULIO	3			1	4		8
AGOSTO	2			2	4		8
SEPTIEMBRE	2	2	1	3	2	1	11
OCTUBRE	2				5	4	11
TOTAL	9	2	1	6	15	5	38

La oportunidad en la contestación de las quejas aumento a un 97% quedando solo una queja del mes de julio sin contestar en los términos cuyo causa es la mala actitud del servicio de vacunación.

Los principales motivos de quejas son mala actitud del personal, los pendientes de medicamentos y la oportunidad de citas de promoción y prevención muy lejanas.

La oficina gestora del SIAU atendió a las recomendaciones dadas en el informe anterior mejorando con ello el tiempo de respuesta y dando cumplimiento al procedimiento.

Subsistema de Control de Evaluación

Autoevaluación del control y de la gestión

La oficina de calidad realiza seguimiento sistemático de trazabilidad a los indicadores por procesos; además se cuenta con una autoevaluación de habilitación y acreditación para las instituciones en salud de acuerdo al cumplimiento de la normatividad para la prestación de los servicios en salud.

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.

Autoevaluación independiente

La gestión realizada por la oficina asesora de control interno de julio a octubre a estado en caminata a cumplir con los informes de ley entre los que se presentaron están:

- Informe de eficiencia y austeridad en el gasto del segundo trimestre
- Se entregó a la gerencia y se publicó el informe pormenorizado de control interno del cuatrimestre de marzo a junio
- Se realizó el informe del servicio de información y atención al usuario, según art. 76 de la ley 1474 de 2011.
- Se entregó a las dependencias de gerencia y talento humano las evaluaciones de gestiones.
- Se realizó el informe de seguimiento al plan anticorrupción el cual fue publicado en la página web e intranet

Auditorias

La oficina asesora de control interno ha venido desarrollando el plan de auditorías anual dando cumplimiento del 100% a las auditorias programadas; que para los meses de julio a octubre se efectuaron las siguientes:

- Procedimiento de adquisición, recepción, almacenamiento y entrega de insumos
- Procedimiento de laboratorio clínico
- Proceso de gestión gerencial y estratégica
- Procedimiento de promoción y prevención
- Proceso tecnologías de la información y comunicación

Sin embargo en cuanto al subproceso de evaluación y seguimiento del programa de auditoria del área de calidad se efectuó un 85.1% debido a que quedaron áreas de bajo cumplimiento como: laboratorio de citologías, odontología, obstetricia baja complejidad. Para el mes de octubre la gerencia direcciono todo el trabajo del equipo de auditoria de calidad en la actualización del mapa de procesos y su respectiva documentación. En atención a lo anterior el porcentaje de cumplimiento del programa anual de auditorías para los meses de julio a septiembre fue de un 86.6%.

El avance en el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) inmerso dentro del SOGCS, se encuentra en un 77.7%; se recomienda realizar seguimientos a corto plazo para el cumplimiento del mismo.

Planes de mejoramiento

La oficina asesora de control interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas. Dichos seguimiento han sido al plan de mejoramiento al proceso de urgencias de las sedes de palmas, siete de agosto, granjas, IPC, al proceso de odontología y al proceso de tecnología y comunicaciones.

Se recomienda efectuar los seguimientos a los planes de mejoramiento individual para el cumplimiento de metas con el personal contratista según los seguimientos realizados por las interventorías.

LINA MARIA VASQUEZ DIAZ
Asesora de control interno

