



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

Oficina de Control Interno.	LILIANA PARDO HERRERA	Período evaluado: 01/11/2015 al 28/02/2016
		Fecha de elaboración: 12/03/2016

El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) proporciona una estructura con los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno en las organizaciones obligadas por ley 87 de 1993, a través de un modelo que determina los parámetros de control necesarios para que al interior de las entidades se establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura del mejoramiento continuo de la administración pública.

La ESE CARMEN EMILIA OSPINA, a través del acuerdo No.008 de 2006 adoptó el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 para la institución, conforme con los lineamientos del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005. Igualmente, de acuerdo con la circular No.03 de 2005 del Departamento Administrativo de la Función Publico DAFP – la ESE definió la necesidad de designar a un directivo de primer nivel distinto al jefe de la oficina de control interno, para efectos de garantizar la operación de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del sistema de control interno, basado en el modelo estándar de control interno MECI, por lo cual el Gerente de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA según la Resolución No.195 de 2007 en su artículo 1 designó al asesor de la oficina de Planeación como representante de la Dirección, para el desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el MECI 1000:2005.

Igualmente la ESE CARMEN EMILIA OSPINA durante la vigencia 2014 ajustó el modelo adoptado, de acuerdo con el Manual Técnico del Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 mediante la ejecución de las Fases de conocimiento; Diagnostico; Planeación de la Actualización; Ejecución y Seguimiento y Fase de Cierre. Estas fases fueron realizadas por la ESE CARMEN EMILIA OSPINA dentro de los siete meses siguientes a la publicación del citado decreto.

En el Comité de Coordinación de Control Interno realizado el pasado 26 de Febrero de 2016, la coordinadora de control Interno en su rol de asesora, propuso al Comité, la actualización de la Resolución del MECI, de acuerdo con el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 - MECI 1000:2014, teniendo en cuenta que la ESE CARMEN EMILIA OSPINA ya ejecutó durante las vigencias 2014 y 2015 las fases de ajuste del MECI 1000:2014 establecidas en el citado Decreto. Así mismo, propuso al Comité la definición del equipo MECI, que establece el Manual Técnico del Decreto 943/2016. Los roles definidos en el Manual son los siguientes:



La oficina de Control Interno en cumplimiento de las funciones propias e inherentes al ejercicio de control interno, y con base en el artículo 9 de la ley 1474 de 2011, presenta a continuación el Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno correspondiente al periodo Noviembre de 2015 a Febrero de 2016, el cual se publica en la página Web de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA el día 12 de Marzo de 2016, como lo cita la ley:

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

1.1 COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.1 ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS

La ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva, mediante Resolución No.293 del 29 de Septiembre 2014, adoptó el código de Buen Gobierno y de Ética, el cual se está ejecutando y se encuentra publicado en la WEB.

Durante el cuatrimestre de Noviembre de 2015 a Febrero de 2016, en el proceso de inducción se ha socializado el Código de Ética y Buen Gobierno a los 297 contratistas que participaron de las 5 jornadas de capacitación mediante el video institucional de la ESE Carmen Emilia Ospina.

1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

1.1.2.1 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN:

La ESE Carmen Emilia Ospina mediante Resolución No.029 del 11 de Febrero 2015, adoptó el Plan Anual de Capacitaciones para la vigencia 2015. Para el periodo evaluado de Noviembre de 2015 a Febrero de 2016, se realizaron 41 capacitaciones con una participación de 1.312 funcionarios.

El Plan Institucional de Capacitaciones (P.I.C) fue modificado y socializado con los diferentes coordinadores de los subprocesos de la entidad.

- **Competencias organizacionales:**

Permiten un vínculo afectivo del personal que está vinculado a la institución. Por el periodo evaluado se presentaron 5 inducciones grupales a 297 personas, para garantizar un acoplamiento por parte de los nuevos contratistas a la organización y puesto de trabajo.

- **Competencias comportamentales:**

Se llevaron a cabo 16 capacitaciones orientadas a esta área, contando con la participación de 400 funcionarios, con 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.

- **Competencias Técnicas:**

Esta competencia fortalece y afianza los conocimientos propios de cada disciplina dentro de la organización, y durante el periodo se desarrollaron 12 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia. Participaron 258 personas en esta área.

- **Competencias Técnica científica:**

Esta competencia desarrolla habilidades y destrezas propias de cada disciplina dentro de la organización, y durante el semestre se desarrollaron 4 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia. Participaron 307 personas en esta área.

- **Competencias Sistemas:**

Esta competencia fortalece y afianza los conocimientos propios tecnológicos e informáticos dentro de la organización, y durante el periodo se desarrollaron 4 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con información y eficiencia. Participaron 50 personas en esta área.

1.1.2.2 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL:

Mediante Resolución No.071 del 11 de marzo de 2015 se aprobó el plan de Bienestar Social. Las actividades realizadas en el periodo entre noviembre de 2015 a febrero de 2016 fueron:

Actividades programadas Noviembre 2015 a Febrero 2016	EJECUCION
Actividad Ecológica (San Andrés)	100%
Gratitud a la Vida	100%
Día del Medico	100%
Actividad Ecológica (san Agustín)	100%
Estímulos	100%

navideños (Cena Navideña)	
Actividad para los hijos de los empleados de planta menores de 18 años	100%
Quinquenios	100%
Vinculación al auxilio funerario	100%

1.1.2.3 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO:

Los jefes de zona realizaron el envío de las evaluaciones del segundo semestre del año 2015 al área de Talento Humano de los 51 funcionarios de carrera administrativa.

1.1.2.4 SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES:

En el periodo en estudio de Noviembre a Diciembre de 2015, no se realizó gestión alguna en el saneamiento de aportes patronales. Se priorizó el ingreso de la información de cada entidad desde la creación de la ESECEO en la plataforma PISIS del portal SISCO.

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

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 se encuentra articulado con el plan de desarrollo. Para la vigencia 2015 obtuvo una calificación por parte de la Junta Directiva de 4.26.

1.2.1.1 AVANCES DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN.

- **Operativización de Proyecto CAIMI en su Primera Etapa:**

El proyecto se cofinancia entre el Municipio de Neiva, Dirección de regalías y la ESE CEO, aportando éste \$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 sido entregado a la ESE, por lo cual

no es posible su operativización. 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

- **Elaboración de un diseño y proyecto del Centro de Salud comuna 10:**

Este proyecto se inscribió en el plan bienal 2014 - 2015. Se tienen definidos los posibles servicios que irían a prestar la ampliación del centro de salud. Se estimaron los costos de diseño y construcción. Hasta el momento no se han 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.

- **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, en cuanto a la legalización del predio de la comuna 10 donde se encuentra el centro de salud de palmas se realizaron las diferentes gestiones para la cesión de CONFIAR cooperativa al municipio de Neiva.

1.2.1.2 OTROS PROGRAMAS QUE COADYUVAN AL DESARROLLO DEL ELEMENTO PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS:

- **COMPONENTE DE SALUD OCUPACIONAL:**

- ✓ **Informe de accidentalidad:**

Se realizó investigación de los accidentes de trabajo a partir del 01 de noviembre de 2015 a febrero 29 de 2016 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.

Se realizaron inspecciones diarias a los diferentes centros de salud y sus áreas de trabajo.

Para el año 2016 se inició con la implementación de la lección aprendida.

En las inducciones realizadas, se hizo énfasis en la prevención de los AT.

Se desarrollaron capacitaciones en los diferentes centros de salud, en prevención de riesgos, higiene postural, pausas activas, hábitos de vida saludable.

✓ **Inspecciones de seguridad:**

Dando cumplimiento a los cronogramas de salud ocupacional durante los meses de Noviembre de 2015 – Febrero de 2016, se realizaron 4 inspecciones de seguridad en los Centros de Salud así: Zona rural (1) y Zona urbana (3), donde se dieron a conocer 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 establecieron planes de acción tendientes a mejorar, corregir y hacer seguimiento a los hallazgos encontrados, tomando la siguiente metodología:

1. Inspecciones de instalaciones
2. Inspecciones de orden y aseo
3. Inspecciones de EPP
4. Inspecciones de equipos y herramientas
5. Inspecciones a parqueaderos
6. Inspecciones a extintores
7. Inspecciones a botiquines de primeros auxilios

Durante este periodo en la zona rural se realizó visita únicamente al centro de salud de Vegalarga, se presentó informe de hallazgos al jefe de grupo por parte del área de seguridad y salud en el trabajo

✓ **Matriz de riesgos:**

Se realizó la corrección y aplicación de una nueva herramienta a las matrices de IPVRC que se realizaron en el 2015 para actualizarlas a 2016 en la zona urbana. Es importante tomar en cuenta que la aplicación de IPVRC 2016 debe desarrollarse después de los traslados programados ya que estos generan cambios sustanciales en este proceso. Debido a que cambian los panoramas de riesgos.

✓ **Acompañamiento y asesoramiento al COPASST:**

Se efectuó acompañamiento y asesoramiento en los comités de COPASST durante el periodo Noviembre de 2015 - Febrero de 2016

✓ **Plan de Formación:**

Se realizó inducción a todo el personal que ingresó a la ESE, dando a conocer temas relacionados con Normas de Bioseguridad, Salud Ocupacional accidentes e incidentes de trabajo, COPASST, normatividad legal. Se dio continuidad a la ejecución del cronograma de capacitaciones de la Institución.

Se programaron y realizaron 4 capacitaciones en temas de brigada de emergencias, manejo del stress, primeros auxilios y simulacro, con una participación promedio del 50% del personal convocado.

✓ **Plan hospitalario y respuesta a emergencias:**

Se realizó actualización en todos los centros de salud de la zona urbana.

✓ **Plan estratégico de seguridad vial:**

Se desarrolló una capacitación en conducción (prueba psicosensoométrica) con el apoyo de ALLIANZE, en el centro de salud de Canaima en donde se contó con la participación de 12 colaboradores de la ESE CEO.

✓ **Exámenes médicos ocupacionales:**

Dando cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 se continuó durante el periodo evaluado, con la realización de 85 evaluaciones médicas ocupacionales; 76 periódicas; 4 retiros; 5 ingresos, para determinar probables enfermedades de origen laboral adquiridas durante el tiempo laborado en la compañía y el estado de salud a la terminación del contrato a la "E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA".

✓ **Estilos de Vida y Trabajo saludable:**

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 y la Fundación María Cano se desarrollaron actividades con los funcionarios de la E.S.E como pausas activas asistidas por salud ocupacional en puestos de trabajo.

- **COMPONENTE AMBIENTAL:**

- ✓ **Capacitaciones:**

Durante el periodo evaluado, se realizaron 11 capacitaciones de 13 programadas al personal Administrativo, asistencial y operativo, con un cumplimiento del 100%. en temas relacionados con:

Segregación en la fuente, plan de contingencia, rutas de evacuación sanitarias, revisión de canecas, programas ambientales, código de colores, entre otros para un porcentaje del 85%.

- ✓ **Inspecciones:**

Se realizó inspección, manejo y recolección de residuos hospitalarios, separación segregación y depósitos de residuos al mes en cada centro de salud. Se programaron 26 inspecciones de las cuales se realizaron 16 inspecciones para un cumplimiento del 62%.

- ✓ **Programa de reciclaje:**

Se ejecutó la visita por las sedes de las Palmas, IPC, Granjas y 7 de agosto para la recolección y compra del material de reciclaje con la empresa RECICLAJE MARIN:

Los recursos obtenidos de la venta se consignan en el área de tesorería y son soportados con facturas. Total reciclaje 3339 kilogramos.

- ✓ **Programa Posconsumo:**

Se participó en la jornada de recolección de los residuos peligrosos y especiales con el objetivo de manejarlos de forma segura para proteger la salud de sus usuarios, funcionarios y el medio ambiente, buscando realizar la adecuada disposición final y contribuyendo en la reducción de gastos económicos por más de \$6.600.000.

Se entregaron 1983 luminarias fluorescentes y 20 kilos de pilas y baterías, los cuales gracias al PROGRAMA DE POSCONSUMO de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA se recopilan por todas las sedes, lo que ha generado conciencia y cultura ambiental tanto para los usuarios y funcionarios que depositan sus pilas y baterías en contenedores dispuestos para este fin. El evento se realizó el día 12 de noviembre de 2015 en articulación con la Corporación Autónoma Del Alto Magdalena CAM, Secretaria Ambiente Municipal, Ciudad Limpia y la Policía Nacional.

Con el fin de realizar la reutilización de las llantas recogidas por el Programa de Posconsumo, el área de Gestión Ambiental ejecutó un plan de acción para embellecer paisajísticamente el centro de salud Canaima y se realizaron siembra de 10 árboles forestales.

Con un el área de comunicación a través de comunicados oficiales por los diferentes medios informáticos de la de la ESE Carmen Emilia Ospina, el Área de Gestión Ambiental promueve la educación ambiental, la consolidación de valores, actitudes y normas de comportamiento respecto al ahorro de agua y energía.

✓ **Programa Arbóreo:**

Para la E.S.E. Carmen Emilia Ospina 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. Con el fin realizar el seguimiento al programa Arbóreo de la ESE Carmen Emilia Ospina, se realizó durante el cuatrimestre evaluado, recorrido por las sedes verificado el estado y avance del contrato de jardinería.

✓ **Manejo de residuos Cortopunzante:**

Con el fin de reducir los gastos generados por los guardianes para depositar las ampollas, se acondicionaron unos recipientes adecuados cumpliendo con la normatividad para realizar dicha actividad de segregación, esto se ejecuta como prueba en el centro de salud Canaima realizando seguimiento y obtenido resultado positivo.

✓ **Comité de Gestión Ambiental:**

Se realizaron durante el cuatrimestre evaluado, dos (2) reuniones de comité; una el 10 de noviembre de 2015 y la segunda el 22 de febrero de 2016. Las reuniones son bimensuales 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.

✓ **Auditorias de la Contraloría Municipal:**

En la verificación de los hallazgos de los años 2013 y 2014, se logró un concepto favorable de la Contraloría Municipal a los requerimientos. El Informe correspondió a los planes, proyectos y programas correspondientes a la inversión ambiental, medio ambiente, y saneamiento ambiental relacionados en el formato 16ª de la Contraloría Municipal.

✓ **Recolección de escombros:**

Se realizó durante el cuatrimestre evaluado, recolección de los residuos generados por mantenimiento a las sedes IPC, Palmas y 7 de agosto.

✓ **Programas Manejo ambiental:**

Con el objetivo de concientizar a los funcionarios de la ESE Carmen Emilia Ospina y a los usuarios de la Institución sobre el ahorro de energía, agua y protección del medio ambiente, se visitaron los diferentes centros de salud de la ciudad, con el fin de implementar los programas ambientales en cuanto al uso racional de nuestros recursos naturales.

ÁREA TÉCNICO CIENTÍFICA:

• **COMPONENTE ASISTENCIAL:**

Dentro de este componente se encuentra el monitoreo de los indicadores gerenciales definidos en la Resolución 743 del 2013, para el cumplimiento de las metas definidas. Para esto se han establecido las siguientes acciones de mejora:

- ✓ Monitoreo y seguimiento de los indicadores gerenciales contenidos en la resolución 743 que son reportados directamente por el Área de Promoción y Prevención. Para el cumplimiento de estos indicadores se han establecido acciones de mejora desde el área de promoción y prevención entre otras: Evaluación periódica del cumplimiento de la ruta materna; monitoreo del cumplimiento de las coberturas de vacunación a las gestantes y en los menores de 1 año; monitorear la efectividad del procedimiento de seguimiento a las gestantes inasistentes.
- ✓ Seguimiento a gravíndex positivos tomados en la ESE CEO el cual continúa haciéndose a través de IAMI, con reporte enviado por esa Área.
- ✓ Monitoreo y seguimiento de indicadores
- ✓ Captación mediante fortalecimiento de actividades en equipo de demanda inducida.
- ✓ Canalización por personal de seguimiento del equipo APS.
- ✓ Seguimiento a usuarios que ingresan por urgencias o consulta externa y se les ordena prueba de embarazo y el resultado es positivo.
- ✓ Continuar fortaleciendo el registro en las historias clínicas de las gestantes sobre las causas por las cuales las gestantes asisten tardíamente al control prenatal.
- ✓ Fortalecimiento de la demanda inducida intramural y extramural para la entrega de resultados oportunos y canalización efectiva a los servicios.
- ✓ Fortalecimiento del seguimiento a gestantes inasistentes a través de visitas y llamadas telefónicas.

- ✓ En cuanto a crecimiento y desarrollo se estableció, la necesidad de socialización al personal médico y de enfermería, del resultado de las auditorías a las historias clínicas para evaluar la adherencia a la norma técnica. En la medición del indicador se cumplió con la meta establecida según resolución 743 (80%), ya que se alcanzó un total del 90%.
- ✓ Se establecieron igualmente estrategias en Riesgo Cardiovascular, con el fin de cumplir la meta en el indicador respectivo, alcanzándose un cumplimiento del 90%, es decir se alcanzó la meta definida en la resolución 743 de 2013.
- ✓ Igualmente se cumplió con los indicadores de reingresos de urgencias, oportunidad y la no presencia de casos de sífilis congénita.
- ✓ Se hizo la revisión del procedimiento de triage y se implementó el nuevo modelo de triage de acuerdo a la resolución 5596 de Diciembre 24 de 2015 y se envió a calidad.
- ✓ Mediante la resolución No.15 del 15 de Enero de 2016 se adoptaron las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y expedidas por el Ministerio de Salud para profesionales de salud y las de padres, pacientes y/o cuidadores.
- ✓ Se han articulado acciones con el área de Calidad para la revisión e implementación de las Políticas de Humanización y Seguridad del Paciente (revisión de paquetes instrucciones que aplican a la ESE, e indicadores).

• COMPONENTE DE IMPLEMENTACIÓN APS:

Actualmente se ha definido la estrategia de atención primaria de salud en la comuna 8 Centro de salud IPC, con los siguientes logros:

- ✓ Se han conformado 9 grupos interdisciplinarios a nivel intramural.
- ✓ Se encuestaron un total de 22.440 usuarios, con un total de 5.321 usuarios contributivos, 15.179 usuarios subsidiados, 605 usuarios de población especial y 277 usuarios de población con SISBEN. El total de familias identificadas en la comuna 8 fue de 6.510 familias. Se estableció una ficha de inscripción diseñada desde el área técnica, que es la que se utiliza actualmente en la identificación y captación de la población.
- ✓ Se ha fortalecido el proceso de capacitación a las familias en el cuidado de la salud.
- ✓ Se realizaron visitas domiciliarias por médico, psicóloga, enfermera, etc., de acuerdo a necesidades identificadas previamente y priorizadas.
- ✓ En lo relacionado con los usuarios que no cumplen con los criterios de atención en casa, se les canaliza y asignan citas de consulta externa promoción y prevención en el centro de salud.
- ✓ Continúan fortaleciéndose todos los procesos de capacitación a los líderes comunitarios de área en hábitos de vida saludables de tal forma que se contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud.
- ✓ Actualmente se encuentra en proceso de depuración y revisión de bases de datos nuevamente de la comuna 8.

- **COMPONENTE DE DOCENCIA SERVICIO:**

Los convenios de docencia vigentes son los siguientes:

- ✓ Fundación UNINAVARRA – Se retomó a partir del segundo semestre del 2015 con estudiantes de pregrado, enfermería 2 semestres y tecnología en radiología e imágenes diagnósticas.
- ✓ El Centro de Estudios Navarra continúa sin estudiantes.
- ✓ Universidad Surcolombiana - continua vigente con dos programas que son medicina y enfermería.
- ✓ Fundación Universitaria María Cano – convenio firmado a partir del mes de Junio del 2015. Se iniciaron prácticas en Fisioterapia con la presencia de 5 estudiantes que apoyan actividades de crecimiento y desarrollo (desarrollo neurológico), curso psicoprofilactico (gestantes) y enfermedades crónicas. En las horas de la tarde se apoya en salud ocupacional en todas las sedes de la ESE.
- ✓ Universidad Antonio Nariño – convenio firmado pero continúan sin estudiantes.
- ✓ Escuela San Pedro Claver – con estudiantes para auxiliares de salud ocupacional con la asistencia de 3 estudiantes que hacen presencia en todas las sedes de forma programada y estudiantes para auxiliares de enfermería. Realizan prácticas en los centros de salud de Canaima, Granjas, Palmas, Siete de Agosto e IPC.
- ✓ Centro de Formación Atanasio Girardot – Convenio vigente con estudiantes para auxiliares de enfermería con rotación en centro de salud de Canaima.
- ✓ Centro empresarial en salud CESALUD – Convenio vigente con programa de auxiliares de enfermería en centros de salud IPC y Eduardo Santos.
- ✓ Fundación Santa Paula – Convenio vigente sin estudiantes.
- ✓ Centro de Formación y Capacitación Lola Perdomo de Liévano – Cruz Roja Colombiana Seccional Huila - Estudiantes para auxiliares de enfermería, pertenecientes al centro de salud IPC.

- **COMPONENTE DE MERCADEO:**

Profesionales que se encuentran dentro del esquema de trabajo del área técnico científica fortaleciendo actividades que optimicen el impacto en la prestación de los servicios de salud del municipio de Neiva. Identifican y mercadean nuevos clientes y estimulan la consecución de recursos por medio de la empresa privada en el marco del modelo de APS.

- **COMPONENTE GESTIÓN DEL DATO Y AUDITORIA:**

Se realiza la presentación de datos en lo relacionado con el seguimiento y depuración de los motivos de glosa, para lo cual se asigna un espacio en el comité técnico científico. Sin embargo dado el trabajo y articulación del grupo liderado por el Dr. Víctor Andrade medico auditor del área técnico científico y los médicos Gina Geraldino y Fabián Méndez, médicos auditores de cuentas, se ha logrado disminuir el porcentaje de glosas del año 2014 que se encontraba en el 39% en promedio, y con relación al año 2015 se encontró en un 25%, presentándose una disminución del 14% de un año al otro.

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 auxiliar administrativa la cual viene revisando y ajustando con los líderes y personal de los procesos los procedimientos, formatos y documentos de apoyo donde se han solicitados 29 documentos y 29 documentos se han aprobado.

RELACIÓN DE DOCUMENTOS MODIFICADOS Y CREADOS Y ELIMINADOS DEL MAPA DE PROCESOS DE LA ESE CEO DE NOVIEMBRE DE 2015 A FEBRERO DE 2016

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
1. GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA	
Planeación	Derechos deberes de los usuarios GES1D22-V1 09/12/15
Comunicaciones	
Defensa Judicial	
2. GESTIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	
Gestión de la información	
Gestión de habilitación	
PAMEC	
Seguridad del paciente	
Gestión de acreditación	
Evaluación y seguimiento	Auditoria sistema de gestión de calidad GC-S6P2-V3 07/12/2015 ELIMINADO
Aprendizaje institucional	
3. GESTIÓN DEL CONTROL INTERNO	
Gestión del control interno	
4. SERVICIOS AMBULATORIOS	
Medicina general	Guía manejo IRA SAS1G27-V1 21/12/2015
Odontología	

5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	
Detección Temprana y Protección Específica	
IAMI	
Programas Especiales	
Riesgo Cardiovascular	
Contratos Interadministrativos	
6. SERVICIO DE URGENCIAS	
Gestión del Servicio de Urgencias	Cartilla zika SU-S1D36-V1 10/11/2015 CREACION
7. SERVICIO HOSPITALARIOS	
Hospitalización Baja Complejidad	
Obstetricia Baja Complejidad	
8. APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO	
Imagenología	
Laboratorio Clínico	Recomendaciones para toma de urocultivos ADTS2D6-V1 05/11/2015
Laboratorio de Citologías	Toma de citologías de cuello uterino ADT-S3P1-V4 09/12/15
Soporte terapéutico	Registro de temperatura humedad ADT-S4F12V3 23/02/16 Manejo de medicamentos de control especial ADT-S4M4-V2 20-11-15 Solicitud relación de medicamentos para reposición servicios de urgencias hospitalización y unidad materna ADT-S4F22-V1 20/11/2015 CREADO
9. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	
Monitoreo clínico epidemiológico	-
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	
12. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
Administración del personal	Selección vinculación y desvinculación GTH-S1P1-V5 04/11/2015 Novedades de personal GTH-S1P2-V4 04/11/2015 Liquidación nomina GTH-S1P3-V3 04/11/2015 Suscripción contratos de prestación de servicios GTH-S1P5V2 4/11/15 Saneamiento patronales GTH-S1P6-V1 09/12/15 CREADO

	Resolución código de ética y buen gobierno GTH-S1D6-V1 21/01/2016 Control proceso de carnetización GTH-S1F62 04/11/2015 CREADO Lista de chequeo administrativo GTH_S1F50V3 10-02-16 Lista de chequeo Asistencial GTH_S1F51V3 10-02-16
Desarrollo institucional	
Programas de extensión	
Control Interno Disciplinario	
13. GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	
Contratación	Certificado Pago Personal GBS-S1F22-V4 05-02-16
Infraestructura y equipos	
Servicios administrativos	
14. TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION	
Sistemas informáticos	Cargue información página web control interno TIC_S1M1_V1 10-02-16 CREADO Cargue información página web presupuesto TIC_S1M1_V1 22-02-16 CREADO
Gestión de datos estadísticos	
Gestión documental	Tablas de retención documental control interno TICS3D11V2 10/11/15 Tabla retención documental subgerencia TICS3D12V2 10/11/15 Tabla retención documental zona norte TICS3D13V2 10/11/15 Tabla retención documental zona sur TICS3D14V2 10/11/15 Tabla retención documental zona oriente TICS3D15V2 10/11/15 Tabla retención documental ambiental TICS3D16V2 10/11/15
15. GESTION DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	
Salud ocupacional	Inspección de Botiquines SOA-S1F7V3 25-01-2016 Sistema de la Seguridad y Salud en el trabajo SOA-S1D12V3 25-01-2016
Gestión ambiental	
16. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
Referencia y contrareferencia	
TAB	

- **CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS Y FALLAS DE CALIDAD**

En este subproceso se desarrollaron las actividades relacionadas con RONDAS DE SEGURIDAD, CODIGO AZUL y CODIGO ROJO. Estas actividades se realizaron de manera continua durante el periodo de noviembre de 2015 a febrero de 2016 con el siguiente comportamiento.

MES	Noviembre/15	Diciembre/15	Enero/16	Febrero /16
N° REPORTES	42	23	52	No hay reporte
N° FALLAS DE CALIDAD	39	14	39	
EVENTO ADVERSO	Prevenible	1	4	7
	No prevenible	2	5	2
OTROS				
TOTAL EVENTOS ADVERSOS	3	9	9	

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

fuelle: oficina asesora de calidad

1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La ESE Carmen Emilia Ospina cuenta una estructura orgánica y con un mapa de procesos que permiten identificar las unidades funcionales existentes y los procesos, subprocesos y procedimientos de la ESE. El enfoque basado en procesos, le permite a la ESE establecer sus actividades y áreas con la finalidad de producir sus servicios mediante un orden y un adecuado control.

1.2.4 INDICADORES DE GESTIÓN

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

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.

1.4. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La oficina de control interno en el periodo de Noviembre de 2015 a febrero de 2016 continuó realizando el seguimiento a los controles de los riesgos de los subprocesos de:

Gestión de bienes y servicios, Diagnóstico y apoyo terapéutico, Intervenciones comunitarias, Gestión Gerencial Estratégica, Vigilancia Epidemiológica, y Riesgos de contratación y los riesgos del plan anticorrupción.

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 identificaron 11 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	

Fuente: oficina de control interno

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 desarrollada por cada proceso.

2.1 COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

La gestión realizada por la oficina de control interno de Noviembre a febrero de 2016 ha estado encaminada 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 – Octubre de 2015.
- ✓ Se realizó y público en la Web el seguimiento al plan anticorrupción del periodo de Septiembre a Diciembre de 2015.
- ✓ Se elaboró y publicó en el mes de febrero/2016 el Informe de austeridad y eficiencia del gasto público para el cuarto trimestre comprendido entre por los meses de Octubre a Diciembre de 2015.
- ✓ Se elaboró informe de la oficina de SIAU. Ley 1474 de 2011 del segundo semestre del 2015.
- ✓ Seguimiento a la evaluación de la gestión institucional para el segundo semestre de 2015.
- ✓ Elaboración y publicación en febrero de 2016, de la encuesta del informe ejecutivo anual sobre el avance del Sistema de Control Interno vigencia 2015.
- ✓ Elaboración y publicación en febrero de 2016, del informe de control interno contable.

Para el fomento de la cultura del autocontrol se elaboraron los boletines en los siguientes temas: Noviembre/2015: Anualidad del Contrato Estatal; Diciembre/2015: Indicadores de Gestión; Enero/2016: Ética Laboral y Febrero/2016: MECI (Modelo Estándar de Control Interno) actualizado.

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 2015 a Febrero 2016 se efectuaron las siguientes:

- 1) Gestión Gerencial.
- 2) Garantía de la Calidad.
- 3) Gestión Financiera y Contable.
- 4) Contratación.
- 5) MECI
- 6) TICs (En ejecución).

El programa anual de auditorías a cargo de las oficinas de control interno y calidad se ha venido ejecutando en un 100% cumpliendo con la meta de satisfacción establecida en un 90%.

Como avance en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), se elaboró el cronograma para las actividades planteadas dentro del mismo.

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 Noviembre de 2015 a Febrero de 2016, se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de:

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO Noviembre 2015 – Febrero 2016				
PROCESO	No DE ACCIONES PROPUESTAS	No DE ACCIONES CUMPLIDAS	No DE ACCIONES SIN CUMPLIR	No DE ACCIONES POR VENCER
Servicios Ambulatorios	7	3		4
TIC	1			1

3. EJE TRANSVERSAL – INFORMACIÓN Y COMUNICACION

3.1 INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

3.1.1. 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/2015 a Febrero de 2016, 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 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 orientación al usuario.
- Para facilitarle 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 1 moderador que realiza visita a las tres zonas de influencia de la entidad para reforzar la labor que se encuentra a cargo de las oficinas de atención al usuario.
- La ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con el mecanismo de solicitud de citas a través de la página Web www.esecarmenemiliaospina.gov.co.
- se implementó en el año 2015 las megabrigadas mensuales denominadas “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. La ESE trasladó todo sus servicios y escenarios a las comunas con el fin de atender a sus usuarios.
- 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).

Otro componente de información primaria, son las encuestas de satisfacción. Para el cuatrimestre de Noviembre de 2015 a febrero de 2016 se encuestaron 9.640 usuarios, de los cuales 9.585 están satisfechos y 57 insatisfechos, dando como resultado una satisfacción global del 99%; con ello se está dando cumplimiento con la meta establecida del 95%.

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

CONSOLIDADO INDICE DE SATISFACCION GLOBAL ESE CARMEN EMILIA OSPINA NOVIEMBRE 2015 A FEBRERO 2016					
MES	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	TOTAL
Encuestas Aplicadas	2408	2408	2409	2415	9640
Usuarios satisfechos	2389	2385	2402	2409	9585
Usuarios insatisfechos	19	23	7	8	57
Índice Satisfacción Usuario	99%	99%	99%	99%	99%
Índice de Insatisfacción Usuario	1%	1%	1%	1%	1%

A continuación se detallan las tablas de los resultados por servicios y por centros de atención:

INDICE DE SATISFACCION POR SERVICIOS ESE CEO

SERVICIO	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	PROMEDIO
ATENCION PARTOS	100%	100%	100%	100%	100%
AMBULANCIA	100%	100%	100%	100%	100%
LABORATORIO	99%	99%	99%	100%	99%
HOSPITALIZACION	100%	100%	98%	100%	100%

HIPERTENSION	100%	98%	100%	100%	100%
URGENCIAS	96%	97%	99%	98%	98%
SERVICIOS GRALES	100%	100%	100%	100%	100%
ECOGRAFIAS	100%	100%	100%	100%	100%
FARMACIA	100%	99%	99%	99%	99%
ODONTOLOGIA	100%	100%	99%	100%	100%
MEDICINA GENERAL	99%	99%	100%	99%	99%
ARCHIVO	100%	100%	100%	100%	100%
FACTURACION	99%	97%	99%	100%	99%
RX	96%	80%	96%	100%	93%
PYP	100%	100%	100%	100%	100%

Los servicios de atención partos, laboratorio, servicios generales, ecografía, hipertensión, archivo lograron un cumplimiento del 100%; los servicios de hospitalización registran un índice del 100%; los servicios de ambulancia, farmacia, odontología, medicina general, facturación y p y p, registran un índice superior del 99%; los servicios de urgencias 98%. El servicio con menor promedio de satisfacción fue el servicio de Rayos X, con un indicador promedio del 93%.

CONSOLIDADO DE SATISFACCION POR CENTRO DE SALUD					
CENTRO DE SALUD	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	PROMEDIO
SIETE DE AGOSTO	100%	100%	100%	100%	100%
PALMAS	99%	99%	100%	99%	99%
IPC	97%	98%	100%	100%	99%
CANAIMA	99%	98%	98%	99%	99%
GRANJAS	100%	100%	100%	99%	100%
EDUARDO SANTOS	100%	100%	100%	100%	100%

Para el periodo de Noviembre 2015 a febrero 2016, se presentó una disminución del 67% en las Peticiones Quejas y Reclamos respecto al cuatrimestre anterior (de julio a octubre 2015); es decir de 21 PQR se disminuyó a 13 PQR. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

CONSOLIDADO QUEJAS NOVIEMBRE 2015 A FEBRERO 2016								
	SIETE DE AGOSTO	PALMAS	PALESTINA	IPC	CANAIMA	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	TOTAL
NOVIEMBRE					3			3
DICIEMBRE	1				2			3
ENERO	1		1			1		3
FEBRERO				1	3			4
TOTAL	2	0		1	8	1	0	13
ZONA	2		1	9		1		13
	ORIENTE			SUR		NORTE		

3.2. SISTEMA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

3.2.1. 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 durante el cuatrimestre evaluado:

Se realizó el cuarto mantenimiento preventivo a todos los equipos de cómputo de la ESE CEO, durante el mes de diciembre de 2015, según los programados en el cronograma anual de mantenimiento.

Se realiza mejora al formulario de solicitud de servicios para que genere de forma inmediata la oportunidad de las órdenes. Se suprimen campos y queda en funcionamiento.

Elaboración vía web de los formatos de evaluaciones para el personal asistencial, se realizan los diseños y la publicación de los mismos, en la página web e Intranet.

Se realizó mejora en Dinámica Gerencial, módulo de Historias clínicas.

Se realizó mejora en DINAMICA GERENCIAL, módulo de activos fijos, en el informe de depreciaciones, ya que no se ven las valorizaciones realizadas. Se revisa el reporte de nombre: AFRP Depreciación Documento, se agrega la nueva columna, y queda funcionando a satisfacción.

Se realizó mejora en Dinámica Gerencial, módulo de Historias Clínicas, en la impresión de los antecedentes para que no se generen después de la fecha del folio.

Se realizó mejora en Dinámica Gerencial, módulo de Historias Clínicas, ya que se diseñó e implemento el tipo de historia ETV01, para el registro de las actividades que se realizan en el convenio ETV.

Se realizó mejora DINAMICA GERENCIAL, módulo de Cartera, donde se crea un reporte generado que permite listar los saldos de cartera por tercero con el número del documento y tipo, se idéntica como "SALDOS CARTERA POR EPS" se publica en el módulo de cartera con permisos para administradores y aux y jefe de cartera.

Se realizó mejora DINAMICA GERENCIAL, módulo de Contabilidad, donde se crea reporte generado para la visualización de las cuentas contables con la homologación NIIF, queda publicado en el módulo de contabilidad nombre "CUENTAS HOMOLOGADAS".

Se realizó mejora en Dinámica Gerencial, módulo de Historias Clinas, reporte generado de la historia clínica PIC01- para informe del 2193 - SIHO, se realiza el reporte generado de nombre: "HISTORIA PIC-2015", se localiza en el módulo de hc., reporte generado, con todos los ítem y para generar archivo plano. Con los permisos a administradores y auditores.

Se realizó mejora en DINAMICA GERENCIAL, módulo de activos, se realiza. Se realiza el reporte generado que permite la conciliación de los datos del balance de saldos NIIF de activos. Teniendo en cuenta los campos solicitados tales como placa, producto, clasificación, se llama "ACTIVOS FIJOS NIIF SIN CONFIRMAR".

Se realizó mejora en Dinámica Gerencial, módulo Admisiones, se realiza un reporte generado que permite exportar archivo plano el total de los pacientes con el estado de afiliación, con el objetivo de auditar los tipos de seguridad social, se llama "LISTADO DE PACIENTES"

Se realizó mejora en Dinámica Gerencial, modulo Cartera, se realiza un informe en archivo plano, que permite identificar el promedio de días de pago por entidad, se llama "CARTERA PARA EL DERERIORO"

Se realizó la Organización del cableado estructurado de la oficina de contratación sede Granjas. SE PROSEDE A LA ORGANIZACIÓN Y IDENTIFICACION DE CADA UNO DE LOS PUNTOS DE DATOS Y VOZ EN LOS COMPUTADORES DE CONTRATACION SEDE GRANJAS QUEDAN ORGANIZADOS A CONFORMIDAD.

Se realizaron los puntos de Red de datos para el centro de salud Santa Isabel, usuarios del Archivo Central en nueva oficina

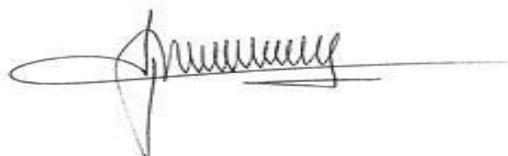
Se realizó la organización del cableado de datos y voz en el rack de la sede IPC en un 60%.

3.2.2. GESTION DOCUMENTAL

- Digitalización y registro en la aplicativo SIMAD, de los tipos y series documentales correspondientes al área de contratación (contratos). Se digitalizaron 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 de 2015 a Febrero de 2016 se actualizaron 7.242 archivos en la serie documental contratos.

- 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 Noviembre de 2015 a Febrero de 2016 se realizó la actualización de documentos de contratos de cartera de 659 archivos.
- Capacitación al personal de control interno, para subir las actas de comité a SIMAD. Se creó el tipo documental CONTROL INTERNO, serie COMITES y subseries: 6 actas de Comité de Control Interno, se subieron los archivos de septiembre a diciembre/2015
- Capacitación al personal de Epidemiología, para subir las actas de comité a SIMAD. Se creó el tipo documental EPIDEMIOLOGIA, serie Actas de Comité y subseries: Actas de Comité - COVE - Comité de Vigilancia Epidemiológica -, se subieron 1 archivo durante el periodo de Noviembre de 2015 a Febrero de 2016
- Capacitación a la secretaria de Gerencia, para subir los actos administrativos a SIMAD. Se creó el tipo documental GERENCIA, serie Actos Administrativos y las subseries: Actas, Acuerdo y Resoluciones, se subieron 154 archivos en el mes de Noviembre de 2015 a febrero de 2016
- Se realizó actualización de documentación 11 archivos del área de calidad, durante el periodo noviembre de 2015 a febrero de 2016.
- Se actualizaron las tablas de retención documental, publicadas en el mapa de procesos.
- Se efectuó el traslado del archivo central y clínico en Santa Isabel.



LILIANA PARDO HERRERA
Coordinadora de control interno