



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



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

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|--|
| Oficina de Control Interno. | LILIANA PARDO HERRERA | Período evaluado: 01/03/2016 al 30/06/2016 |
| | | Fecha de elaboración: 12/07/2016 |

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 Pública 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; Diagnóstico; 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.

La actualización de la Resolución del MECI No 93 fue publicada el 31 de Marzo de 2016, según lineamientos formulados en el comité de control interno y de acuerdo con el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 - MECI 1000:2014

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 Marzo de 2016 a Junio de 2016, el cual se publica en la página Web de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA el día 12 de Julio de 2016, como lo cita la ley:



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



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.

1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

1.1.2.1 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN:

La ESE Carmen Emilia Ospina mediante Resolución No.118 del 2 de Mayo 2016, adoptó el Plan Anual de Capacitaciones para la vigencia 2016. Para el periodo evaluado de Marzo de 2016 a Junio de 2016, se realizaron 56 capacitaciones con una participación de 2.564 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 7 inducciones grupales a 1.195 personas, para garantizar un acoplamiento por parte de los nuevos contratistas a la organización y puesto de trabajo.

- **Competencias comportamentales:**

Se llevaron a cabo 12 capacitaciones orientadas a esta área, contando con la participación de 293 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 9 temas dando como resultado que la



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia. Participaron 235 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 5 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia. Participaron 841 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 1 tema dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con información y eficiencia. Participaron 3 personas en esta área.

1.1.2.2 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL:

Mediante Resolución No.85 del 14 de marzo de 2016 se aprobó el plan de Bienestar Social. Las actividades realizadas en el periodo entre marzo de 2016 Junio de 2016 fueron

| Actividades programadas Marzo 2016 a Junio 2016 | EJECUCION |
|--|------------------|
| Actividad Gratitude a la Vida | 50% |
| Día de las profesiones | 50% |
| Conmemoración día del trabajo | 100% |
| Actividad cultural de vinculo social regional | 100% |

1.1.2.3 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO:

Los jefes de zona se encuentran realizando este proceso, pendiente el envío de las evaluaciones del primer semestre del año 2016 al área de Talento Humano de los 51 funcionarios de carrera administrativa.

1.1.2.4 SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES:

3



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



Para la vigencia 2016 a partir de mayo 4 de 2016, se contrató el apoyo de un personal para realizar gestión de saneamiento de aportes patronales para la vigencia 2012 al 2015.

Dentro de las actividades desarrolladas en conjunto con el gestor de talento humano se ha adelantado las siguientes tareas:

- a. Visita a los fondos de cesantías del FNA, porvenir y Col fondos con los siguientes resultados:
 1. Verificación a través de cada fondo para verificar y determinar la afiliación y desafiliación de cada funcionario de la ESE CEO.
 2. Verificación de saldos a favores en los fondos de cesantías antes relacionados a favor de la ESE CEO, con el fin de realizar los trámites necesarios para la aplicación o devolución de estos excedentes.
 3. Elaboración de formatos para pagos de cesantías a los fondos de porvenir, col fondos y FNA; a la fecha los recursos ya fueron aplicados por cada entidad a la cuenta de cada funcionario.
 4. Solicitud de clave al sistema COBIS del FNA con el fin de contar con información en línea.
 5. Carta enviada al jefe de la oficina del FNA Neiva, sobre proceso de cesantías correspondiente a la cesantías del año 2014 del periodo comprendido entre enero y junio del año en mención, debido a proceso de reclamo de estos valores por parte de la ex funcionaria Janeth Meneses.

- b. En cuanto al proceso de saneamiento de aportes patronales se han realizado las siguientes actividades:
 1. Elaboración de cuadro que contiene la información correspondiente a los situados fiscales de las vigencias de los años 2012 | 2015.
 2. Procesamiento de base de datos tomados de las planillas única de pago al sistema general de seguridad social de las vigencias comprendida entre enero de 2012 a diciembre 2015.
 3. Toma de datos de las certificaciones emitida por cada entidad de pensión y salud por las vigencias antes mencionadas que han sido remitida a la ESE CEO.

La información antes relacionada es necesaria para poder adelantar procesos de conciliación, para lo cual se consolidara la información en un solo documento con el fin de determinar diferencias entre las partes y poder adelantar el proceso de conciliación.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



Dentro de las actividades desarrolladas para seguir con el proceso de saneamiento de aportes patronales se ha programado visita a cada entidad con el fin de adelantar los contactos necesarios para su respectiva conciliación.

- c. Proyección de los formatos del sistema general de participación correspondiente a la proyección de aportes patronales por la vigencia 2017 de los formularios No. AP1 y AP1.1. dentro de los términos establecidos por la Secretaria de Salud Departamental.

En la actualidad el proceso de avance de saneamiento de aportes patronales por las vigencias 2012 al 2015 se estima en un 33%, es claro que a futuro este porcentaje puede mejorar o verse afectado de manera no positiva debido a la oportunidad de entrega de información por parte de las entidades por conciliar.

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Durante el periodo de Marzo a Junio de 2016 se ha venido desarrollando el plan Bial 2016 – 2017 proyectando la construcción de la tercera fase del centro de salud Palmas comuna 10, la remodelación del ipc – Comuna 8, la construcción del centro de salud Comuna 8, construcción del centro de salud ambulatorios granjas comuna 2, y la construcción de unidad publica junto al Caimi.

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:**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



Este proyecto se inscribió en el plan bienal 2016 - 2017. 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 el seguimiento de los accidentes de trabajo en el periodo comprendido entre 01 de marzo de 2016 a junio 30 de 2016 para identificar las causas que dieron origen a los mismos, y crear e implementar mecanismos que eviten la repetición de estos sucesos.

Se realizaron inspecciones de manera continua a las diferentes áreas de trabajo con el fin de hacer control activo frente a los riesgos presentes en estas.

Durante este periodo se continúa con la implementación de la lección aprendida

Las inducciones que se ofrecieron a las personas que ingresaron a la ESE CEO, contaron con un espacio amplio donde se les capacitó en temas relacionados sobre prevención de accidentes de trabajo, prevención de enfermedades laborales y la importancia del autocuidado frente a la accidentalidad.

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

- ✓ **Inspecciones de seguridad:**

Dando cumplimiento a los cronogramas de salud ocupacional durante los meses de Marzo de 2016 – Junio de 2016, se realizaron inspecciones de seguridad en los Centros de Salud



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



de la Zona rural y urbana, 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 CEO 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

✓ **Matriz de riesgos:**

Se realizó la actualización de las matrices de riesgo de los centros de salud de la ESE CEO tanto de la zona urbana como rural donde se incluye la identificación y valoración de riesgos para el personal flotante.

✓ **Acompañamiento y asesoramiento al COPASST:**

Se efectuó acompañamiento, capacitación y asesoramiento en los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) durante el periodo Marzo – junio de 2016, teniendo como novedad el aplazamiento del COPASST del mes de junio por falta de quorum.

✓ **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 capacitaciones en temas de ergonomía, higiene postural, hábitos de vida saludable, prevención de accidentes de trabajo.

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

Se realizó actualización de los Planes Hospitalarios de Respuesta a Emergencias por requerimiento de la Secretaria de Salud Municipal, quedando aprobado el del Hospital de



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



Canaima, para el mes de Julio del presente año se tiene previsto la visita y aprobación de los PHRE de palmas y siete de agosto

✓ **Plan estratégico de seguridad vial:**

Se dio inicio al proceso de Certificación en Competencias Laborales para los conductores de la ESE CEO, con el apoyo del Sena

Se continúa con la ejecución del Comité de SEGURIDAD VIAL, (abril), dando cumplimiento al cronograma se solicitó la señalización y demarcación de parqueaderos del centro de salud de CANAIMA.

✓ **Exámenes médicos ocupacionales:**

Se ha realizado la solicitud de exámenes de ingreso para el personal nuevo en la ESE CEO, dando cumplimiento con la matriz de exámenes ocupacionales.

De acuerdo al programa de vigilancia de la salud para la protección de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes, se realizaron los exámenes periódicos al personal expuesto.

Se realizaron de exámenes de conteo de anticuerpos para 71 personas de planta de las áreas asistenciales de la ESE CEO.

✓ **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**, el mejoramiento de los puestos de trabajo. Revisión y mantenimiento de sillas y muebles.

Se inicia con el proceso de educación y sensibilización a cada área, en temas relacionados con Hábitos y Estilos de vida saludable, alimentación balanceada, realización de actividad física, rumba terapia.

• **COMPONENTE AMBIENTAL:**

✓ **Capacitaciones:**

Durante el periodo evaluado, se realizaron 30 capacitaciones de 5 programadas al personal Administrativo, asistencial y operativo, con un cumplimiento del 600% en temas relacionados con:



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



Segregación en la fuente, plan de contingencia, rutas de evacuación sanitarias, revisión de canecas, programas ambientales, código de colores, adecuado manejo de los RHs, entre otros.

✓ **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 27 inspecciones de las cuales se realizaron 56 inspecciones para un cumplimiento del 207.4%.

✓ **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 2986 kilogramos.

✓ **Programa Posconsumo:**

Actualmente se están recopilando los residuos de post - consumo dentro de un depósito temporal con su debida rotulación en donde permita su identificación y conservación para realizar la respectiva entrega a la CAM

Con 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.

Teniendo en cuenta el programa Arbóreo que lidera el área de Gestión ambiental, se realizó un jornada de ornato, en la zona rural del centro de salud fortalecillas con el fin que sus



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



pacientes visitantes y funcionarios cuenten con lugares que les permita sentirse en un ambiente más agradable e incentivar el cuidado de la naturaleza.

Con el fin de promover la educación ambiental se realizó la jornada de adopción de un árbol en el cual los funcionarios se comprometieron a plantar y dar los cuidados necesarios para su desarrollo y crecimiento potencial, consolidando valores y actitudes y normas de comportamientos respecto al cuidado y preservación del medio ambiente.

✓ **Comité de Gestión Ambiental:**

Se realizó durante el cuatrimestre evaluado un (1) comité; el 20 de Mayo de 2016. Las reuniones son bimensuales con el fin de identificar los problemas actuales o potenciales relacionados a la Gestión Ambiental, para el caso está pendiente la elaboración del comité del mes de junio de 2016, en estas reuniones se busca realizar Planeación y ejecución de actividades, medidas preventivas y correctivas de acuerdo a los hallazgos generados, se socializan los indicadores del área.

✓ **Informe IDEAM**

Durante el mes de marzo de 2016 se presentó el informe de los residuos peligrosos al Ideam de cada centro de salud con el fin de cumplir con la resolución 1362 del 02 de Agosto de 2007, el ministerio de ambiente vivienda desarrollo territorial MAVDT estableció los requisitos y procedimientos para el registro de generadores de residuos o desechos peligrosos a que hace referencia los artículo 27 y 28 del decreto 2741 del 2005

✓ **Recolección de escombros:**

Se realizó durante el cuatrimestre evaluado, recolección de los residuos generados por mantenimiento a las sedes IPC, Granjas 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.

✓ **Dotación de Canecas en los centros de salud**

Con el fin de dotar la zona administrativa, y suplir la necesidad de las canecas de las canecas deterioradas en los centros de salud se realizó la compra de canecas con una inversión aproximada \$39.934.160.

ÁREA TÉCNICO CIENTÍFICA:

• COMPONENTE ASISTENCIAL

En el componente asistencial durante el periodo se han realizado las siguientes acciones para el cumplimiento de los indicadores establecidos en la resolución 743 de 2013, las cuales se desarrollan con las áreas o procesos responsables de los mismos:

- ✓ 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 continua realizando el seguimiento y monitoreo desde el área de promoción y prevención entre otras asi: Evaluación periódica del cumplimiento de la ruta materna desde el componente específico de oportunidad en el Primer control prenatal a la gestante; monitoreo del cumplimiento de las cobertura de vacunación a las gestantes y en los menores de 1 año.
- ✓ Se realiza el seguimiento a los gravindex positivos realizados en la ESE CEO a través de IAMI, con reporte enviado por esa Área.
- ✓ Captación mediante fortalecimiento de actividades en equipo de demanda inducida.
- ✓ Canalización por personal de seguimiento del equipo APS: se han coordinado acciones con Riesgo Cardiovascular para que se realice en la comunidad el seguimiento a los pacientes hipertensos o con Diabetes mellitus.
- ✓ Continuar fortaleciendo el registro en las historias clínicas de las gestantes sobre las causas por las cuales las gestantes asisten tardíamente al control prenatal, lo cual se evidencia en la historia clínica.
- ✓ Fortalecimiento del seguimiento a gestantes inasistentes a través de visitas y llamadas telefónicas.

Los resultados obtenidos en los indicadores definidos de acuerdo a la información suministrada por el área de promoción y prevención son:

- Indicador de Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de Gestación: se encuentra en un promedio del 86%
- Proporción de seguimiento a la inscripción en el control prenatal: 76%
- Proporción de seguimiento a gestantes inasistentes:96%
- Vacunación de gestantes:82%
- Visitas domiciliarias a gestantes de alto Riesgo:98%

- ✓ Fortalecimiento de la demanda inducida intramural y extramural para la entrega de resultados oportunos y canalización efectiva a los servicios en programas como el de Riesgo Cardiovascular.
- ✓ Se elaboró la primera versión de las rutas de atención integral de acuerdo al modelo de atención integral en salud (MIAS), articulando áreas como la de facturación y auditoría médica y los coordinadores de cada área. Las rutas definidas y pendientes de aprobación son: salud mental, control prenatal y riesgo cardiovascular.
- ✓ En cuanto a crecimiento y desarrollo se estableció de acuerdo a la medición del indicador que se cumplió con la meta establecida según resolución 743 (80%), ya que se alcanzó un total del 85% de adherencia a la guía.
- ✓ Se hicieron las reuniones con el personal de enfermería (enfermeras Jefes) de los servicios de urgencias y observación para la implementación del procedimiento de triage de acuerdo a la resolución 5596 del 2015, el cual será realizado por la auxiliar de enfermería teniendo en cuenta el nivel de complejidad de la institución. Sin embargo se aclara que este es un proceso dinámico que se podrá realizar igualmente por la enfermera jefe y/o médico en los casos en los cuales se requiera el apoyo de los mismos por situaciones como congestión de los servicios. Se tienen cuadros de turnos en cada servicio de urgencias para la realización del triage por las auxiliares de enfermería.
- ✓ Se inició el proceso de capacitación con el personal de auxiliares de enfermería o cogestores de APS en las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ 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 continúan articulando acciones con el área de Calidad para la revisión e implementación de los diferentes procesos.

● COMPONENTE DE IMPLEMENTACIÓN APS:

Actualmente la estrategia de atención primaria de salud que se lleva a cabo en la comuna 8 de Neiva que corresponde al Centro de salud IPC, se mantienen y se han modificado los logros de la siguiente forma:

- ✓ Se han mantenido 8 grupos interdisciplinarios que realizan actividades a nivel intramural y extramural. Conformados por un médico, una enfermera y dos auxiliares (cogestoras de salud), con el apoyo de psicología y odontología.
- ✓ Se ha fortalecido el proceso de capacitación a las familias en el cuidado de la salud.
- ✓ Se realizaron visitas domiciliarias por los equipos 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, actividades de promoción y prevención en el centro de salud.

- ✓ Continúan fortaleciéndose todos los procesos de capacitación a los líderes comunitarios del área en hábitos de vida saludables de tal forma que se contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud.
- ✓ En este momento se encuentra en proceso de actualización, depuración, revisión y análisis de la base de datos para realizar el informe semestral de la población intervenida en la comuna 8.

| CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN OBJETO | |
|---|-----------------|
| Características de la población | TOTAL |
| Usuarios con HTA | 1087 |
| Usuarios con DM | 339 |
| Usuarios con Cáncer | 27 |
| Usuarios con antecedentes de Cáncer | 20 |
| Población infantil de 0 a 10 años de edad | 3331 |
| Jóvenes de los 10 a los 29 años | 4454 |
| Mujeres en edad fértil de los 10 a los 49 años | 4804 |
| Mujeres aptas para la toma de Citología de los 12 a los 68 años | 5274 |
| Gestantes | 95 |
| Adulto Mayor de los 45 años a los 95 | 1687 |
| Población Subsidiada | 15791 |
| Población Contributiva | 6728 |
| Población Especial | 624 |
| Población no afiliada (SISBEN) | 192 |
| Población total | 23335 |
| Familias Identificadas | 6721 |
| CONSOLIDADO ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTOS DOMICILIARIOS | |
| ACTIVIDAD | CANTIDAD |
| VISITA DOMICILIARIA IDENTIFICACIÓN | 13117 |
| VISITA DOMICILIARIA HÁBITOS SALUDABLES | 9149 |
| VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO | 1 |
| VISITA DOMICILIARIA MÉDICO | 174 |
| VISITA DOMICILIARIA ENFERMERÍA | 18 |
| VISITA DOMICILIARIA PSICOLOGÍA | 9 |
| TOMA DE TA | 94 |
| TOMA DE LABORATORIOS | 61 |

| | |
|---|----|
| CATETERISMO VESICAL | 10 |
| CURACIONES | 17 |
| GLUCOMETRÍA | 44 |
| ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (VÍA ORAL) | 0 |
| ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (VÍA IM) | 35 |
| ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (VÍA IV) | 0 |
| ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (VÍA SUBDERMICA) | 0 |
| ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (VÍA INTRADERMICA) | 11 |
| MEDIDAS DE CONFORT | 22 |
| CANALIZACION DE USUARIOS A URGENCIAS | 5 |

• **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 (solo para el primer trimestre de 2016)
- ✓ El Centro de Estudios Navarra EU continúa sin estudiantes.
- ✓ Universidad Surcolombiana - continua vigente con dos programas que son medicina en pregrado y posgrado de pediatría y enfermería en pregrado y en posgrado cuidado nefrológico.
- ✓ 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. Los estudiantes de últimos semestres empezaron sus prácticas a partir de primer semestre de 2016
- ✓ 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, y auxiliares de consultorio odontológico. Realizan prácticas en los centros de salud de Canaima, Granjas, Palmas, Siete de Agosto, Eduardo Santos 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, Canaima y Eduardo Santos y salud Oral en la sede Canaima.
- ✓ 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, realizan prácticas en el 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. En atención a toda la dinámica que presenta la facturación el equipo de auditoría de cuentas medicas hace un seguimiento y acompañamiento a todo el proceso con el fin de evitar las glosas de la Eps Comfamiliar, dentro de los meses de marzo a junio se ha venido realizando una pre - auditoria a la facturación enfatizando en la facturación hospitalaria de todos los centros de salud, puesto que esta representa un mayor impacto económico.

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 82 documentos y 82 documentos se han aprobado.

RELACIÓN DE DOCUMENTOS MODIFICADOS Y CREADOS Y ELIMINADOS DEL MAPA DE PROCESOS DE LA ESE CEO DE MARZO A JUNIO DE 2016

| PROCESO | MEJORA EFECTUADA |
|---|--|
| 1. GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA | |
| Planeación | Se elabora el modelo general de auditoria para el mejoramiento de la calidad. GE-S1D23 V1 25/03/2016 |
| Comunicaciones | |
| Defensa Judicial | |
| 2. GESTIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD | |
| Gestión de la información | |
| Gestión de habilitación | |

| | |
|---|--|
| PAMEC | |
| Seguridad del paciente | GC-S4D3-V2 Se modifica Política Humanización 03/03/2016 GC-S4D4-V2 Se modifica Programa Seguridad del Paciente 03/03/2016 |
| Gestión de acreditación | |
| Evaluación y seguimiento | GC-S6F10-V4 se modifica informe de auditoría 29/06/2016 GC-S6F11-V5 se modifica plan de auditoria 29/06/2016 GC-S6F12-V5 se modifica plan de mejora por procesos 29/06/2016 |
| Aprendizaje institucional | |
| 3. GESTIÓN DEL CONTROL INTERNO | |
| Gestión del control interno | |
| 4. SERVICIOS AMBULATORIOS | |
| Medicina general | |
| Odontología | SA-S2F9-V4 control de temperaturas de neveras 07/04/2016 se elimino SA-S2F24V1 Historia Clínica odontológica primera vez 28/04/2016 Creación SA-S2F25-V1 Historia clínica odontológica control o seguimiento 28/04/2016 creación SA-S2F26-V1 Historia clínica odontológica contingencia 28/04/2016 creación SA-S2F27 Historia clínica pyp odontología contingencia 28/04/2016 creación. SA-S2D3-V3 recomendaciones post-exodoncia se modifica 26/06/2016 SA-S2D4-V3 actividades pyp odontología se modifica 26/06/2016 SA-S2M2-V3 manual de limpieza y desinfección hospitalaria 26/06/2016 SA-S2M3-V3 manual de atención odontológica se modifica 26/06/2016 SA-S2M5-V2 Atención prioritaria se elimina 26/06/2016 SA-S2M6-V2 manual de esterilización odontología se elimina 26/06/16 SA-S2M7-V6 Procedimientos técnicos odontológicos modifica 26/06/2016 SA-S2P4-V3 esterilización odontología modifica 26/06/2016 SA-S2D7-V2 Política de uso y rehusó se elimina 26/06/2016 SA-S2D20-V1 Índice de placa bacteriana 26/06/2016 |
| 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 | Se modificó el Manual del Triage paso a V3 18/03/2016 SU-S1F3-V1- Se elabora Registro de temperatura y humedad relativa y red de frio.07/04/2016 Guía atención y traslado de urgencias en sala mental SU-S1G22V1 03/03/2016 creación SU-S1G23V1 Guía inmovilizaciones 03/03/2016 creación SU-S1G24-V1 Guía traslado de pacientes pediátricos y personas en abandono o sin acompañantes a clínicas y hospitales de niveles superiores.03/03/2016 creación SU-S1G25 V1 Criterios de muertes 03/03/2016 creación |

| | |
|---|--|
| | SU-S1P4-V4 Manejo Administración de medicamentos 08/04/2016 modificación |
| 7. SERVICIO HOSPITALARIOS | |
| Hospitalización Baja Complejidad | |
| Obstetricia Baja Complejidad | |
| 8. APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO | |
| Imagenología | ADT-S1F3-V1Elaboro Formato de supervisión radiológica 07/06/2016 |
| Laboratorio Clínico | ADT-S2M6-V2 Se modifico Toma y muestras de laboratorio 5/4/2016 ADT-S2D5-V2 Protocolo de transporte de muestras de laboratorio clínico y citologías. 11/04/2016 modifíco ADT-S2F2-V1 Condiciones usuarios toma de examen laboratorio. 11/04/2016 creación |
| Laboratorio de Citologías | ADT-S3F2-V1 Creación formato control de devoluciones citologías 15/04/2016 |
| Soporte terapéutico | ADT-S4F12V3 modifica Registro de temperatura humedad relativa y red de frio 07/04/2016 ADT-S4P6V4 Se modifica Recepción y almacenamiento de medicamentos. 07/04/2016 ADT-S4F3-V2 SE MODIFICA Control de fechas de vencimientos de los medicamentos y semaforización. 07/04/2016 ADT-S4P7-V5Dispensacion de medicamentos 28/04/2016 modifica ADT-S4F23-V1 Formula medica ambulatoria 28/04/2016 creación ADT-S1P1-V3 toma rx intraorales se modifica 26/06/2016 modifica |
| 9. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | |
| Monitoreo clínico epidemiológico | VE-S1P1-V2 Se modificó entrega medicamentos pacientes TBS 07/06/2016. |
| 10. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO | |
| Línea de Frente | |
| Monitoreo de servicios | |
| Participación Ciudadana | SIU-S3-F3 V7 Encuesta de satisfacción al usuario 30/03/2016 |
| 11. GESTION FINANCIERA | |
| Presupuesto | |
| Cartera | |
| Costos | |
| Contabilidad | |
| Tesorería | |
| Facturación | GF-S5F5-V2 Modifíco Comprobante de Direccionamiento para afiliación al sistema de seguridad social en salud 28-04-2016 |
| 12. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | |
| Administración del personal | GTH_S1F50V4 Lista de chequeo administrativo se modificó 16/06/2016 GTH_S1F51V4 Lista de chequeo asistencial se modificó 16/06/2016 GTH_S1F48-V1 se eliminó evaluación video inducción del personal 16/06/2016 GTH_S1F57-V1 se eliminó inducción personal asistencial 16/06/2016 GTH_S1F63-V1 Inducción personal ESE CEO se creó 16/06/2016 |
| Desarrollo institucional | GTH_S2F15-V1 Plan mejora comité convivencia laboral se creó 16/06/2016 |

| | |
|---|--|
| Programas de extensión | |
| Control Interno Disciplinario | |
| 13. GESTION DE BIENES Y SERVICIOS | |
| Contratación | |
| Almacén | GBS-S2F21-V1 Se creó Hoja de vida de vehículos 10/06/2016 |
| Infraestructura y equipos | GBS-S3F8-V1 Se eliminó 10/06/2016 hoja de vida de vehículos |
| Servicios administrativos | |
| 14. TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN | |
| Sistemas informáticos | TIC-S1P8 V1 se crea manual historias clínicas en dinámica gerencial 01/03/16 TIC-S1P8 V1 se crea manual historias clínicas en dinámica gerencial 01/03/16 TIC-S1M3 Se crea manual Formateo equipos de cómputo 18/03/2016 TIC-S1P2-V5-Se modifica administración de datos de los usuarios 10/06/2016 TIC-S1P3-V4 Soporte recurso informático se modifica 30/06/2016 |
| Gestión de datos estadísticos | TIC-S2P2-V5 Certificado de nacimiento defunciones online.11/04/2016 TIC-S2F7-V1 Control certificados defunciones y nacimientos11/04/2016 TIC-S2P1-V4 Generación de informes se modificó 15/06/2016 |
| Gestión documental | Se crea procedimiento reinicio formateo de equipos de cómputo 01/03/2016 TIC-S3P1-V4 Transferencia documental se modifica 30/06/2016 TIC-S3P2-V4 Consulta préstamo documental se modifica 30/06/2016 TIC-S3P3-V5 Administración historias clínicas se modifica 30/06/2016 TIC-S3P5-V5 Generación historia clínica se modifica 30/06/2016 |
| 15. GESTION DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE | |
| Salud ocupacional | SOA-S3F5 V1 Se elabora Registro de temperatura y humedad relativa y red de frio.07/04/2016 SOA-S1D5-V3 PHIRTS fortalecillas 11/04/2016 SOA-S1D11-V3 PHIRTS Vegalarga 11/04/2016 SOA-S1D9-V3 PHRE San Luis 14/04/2016 |

| | |
|---|---|
| | SOA-S1M3-V1 Creación manual de radio protección 07/03/2016 SOA-S1-D15 Matriz identificación de riesgos Caguan modificación 16/06/2016 SOA-S1-D17 Matriz identificación de riesgos Vegalarga modificación 16/06/2016 SOA-S1-D18 Matriz identificación de riesgos 7 de agosto modificación 16/06/2016 SOA-S1-D22 Matriz identificación de riesgos Eduardo Santos modificación 16/06/2016 SOA-S1-D23 Matriz identificación de riesgos Fortalecillas modificación 16/06/2016 SOA-S1-D124 Matriz identificación de riesgos Granjas modificación 16/06/2016 SOA-S1-D25 Matriz identificación de riesgos IPC modificación 16/06/2016 SOA-S1-D26 Matriz identificación de riesgos Palmas modificación 16/06/2016 SOA-S1-D56 Matriz identificación de riesgos Canaima Creación 16/06/2016 |
| Gestión ambiental | SOA-S2M1-V6 Plan de gestión integral de residuos hospitalarios 11/04/2016 SOA-S2M1-V7 PGIRTH se modifica 30/06/2016 |
| Esterilización | SOA-S3M1-V3 Manual de esterilización 26/06/2016 se modifica |
| 16. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | |
| Referencia y contrareferencia | |
| TAB | SRC-S2G4 V1 Guía inmovilizaciones 03/03/2016 SRC-S2G5 V1 Guía atención y transado de la urgencias en salud mental 03/03/2016 SRC-S2G6 V1 Guía traslado de pacientes pediátricos y personas en abandono o sin acompañante a clínicas y hospitales de niveles superiores 03/03/2016 |

- **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 marzo a Junio de 2016 con el siguiente comportamiento.

| MES | | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO |
|-------------------------------|----------------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| No. Reportes | | 20 | 16 | 17 | 19 |
| No. Fallas de Calidad | | 3 | 4 | 2 | 6 |
| EVENTO ADVERSO | Prevenible | 12 | 7 | 8 | 5 |
| | No prevenible | 1 | 3 | 1 | 5 |
| Otros | | 4 | 2 | 6 | 3 |
| Total Eventos Adversos | | 13 | 10 | 9 | 10 |

| CONSOLIDADO DE RONDAS DE SEGURIDAD- CODIGO AZUL- CODIGO ROJO | | | | | |
|--|-------------------|------------|------------|-----------|------------|
| ACTIVIDAD | # PROGRAMADAS MES | MARZO 2016 | ABRIL 2016 | MAYO 2016 | JUNIO 2016 |
| RONDAS DE SEGURIDAD | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| CODIGO AZUL | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| CODIGO ROJO | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CUMPLIMIENTO | | 100% | 100% | 100% | 100% |

| 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 Marzo de 2016 a Junio de 2016 realizo cambios sobre la metodología de riesgos existente dentro de la ESE CARMEN EMILIA, se realizó una actualización con base a la guía de administración del riesgo emitida por el DAFP

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 8 riesgos de corrupción en los procesos de financiera, contratación, gestión de talento humano.

Consolidado de riesgos por proceso Existentes

| COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO | | | | | |
|---|----------------------|---------------------|------------------|----------------------|------------------|
| CLASE RIESGO | TOTAL RIESGOS | ZONA EXTREMA | ZONA ALTA | ZONA MODERADA | ZONA BAJA |
| CUMPLIMIENTO | 17 | 4 | 10 | 2 | 1 |
| OPERATIVO | 40 | 7 | 26 | 5 | 2 |
| CORRUPCION | 8 | | | | |
| FINANCIEROS | 5 | 1 | 3 | 1 | |
| TECNOLOGICOS | 2 | 1 | 1 | | |
| ESTRATEGICOS | 4 | | 1 | 3 | |

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, se ha ejecutado el programa anual de auditorías para la vigencia, el cual cubre los procesos misionales, subprocesos y líneas de auditoría en cada subproceso

2.1 COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

La gestión realizada por la oficina de control interno de Marzo a Junio 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 Noviembre – Febrero de 2016 publicado en Abril.
- ✓ Se realizó y público en la Web el seguimiento al plan anticorrupción y riesgos de corrupción durante el periodo de Enero a Marzo de 2016.
- ✓ Se elaboró y publicó en el mes de Mayo/2016 el Informe de austeridad y eficiencia del gasto público para el primer trimestre comprendido entre por los meses de Enero a Marzo de 2016.
- ✓ Se elaboró y publico informe de derechos de autor en la web, de acuerdo a la directiva presidencial del 2006 correspondiente al periodo del 2015.

Durante el periodo Marzo a Junio de 2016 se elaboraron los Seguidientos a entes de control como: la contraloría, personería, alcaldía mensual, también se hicieron modificación y unificaciones de los formatos de plan de auditoría, informe de auditoría y seguimiento y planes de mejora, se actualizaron procedimientos de evaluación y seguimiento queda pendiente aprobación por parte de calidad.

Para el fomento de la cultura del autocontrol se elaboraron los boletines en los siguientes temas: Marzo/2016: Roles de Control interno; Abril/2016: Entes de Control; Mayo/2016: Resultados Evaluación Meci 2015 y Junio/2016: Gestión del Riesgo.

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 auditorías programadas; que para los meses de Marzo 2016 a Junio 2016 se efectuaron las siguientes:

- 1) Gestión Bienes y Servicios – Almacén
- 2) Gestión Bienes y Servicios – contratación
- 3) Tecnología de la Información
- 4) Gestión de Servicios Ambulatorios.
- 5) MECI

- 6) Auditoria Especial – Gestión Documental
- 7) Auditoria Especial – Contrato de suministros 018

El programa anual de auditorías a cargo de las oficinas de control interno y calidad se ha venido ejecutando en un 100%, puesto que se realizaron algunas auditorías Especiales que movieron la ejecución de las auditorías para el mes de Julio de 2016, cumpliendo con la meta de satisfacción establecida en un 90%.

Como avance en el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), se ha desarrollado seis (6) paquetes instruccionales: identificación del paciente, prevención de úlcera, lavado de manos, correcta identificación de muestra, administración segura de medicamentos y prevención de caídas, también se han evaluado las barreras de acceso a hospitalización, consulta externa y urgencia.

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 Marzo de 2016 a Junio de 2016, se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de:

| SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO Marzo 2016 – Junio 2016 | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| PROCESO | No DE ACCIONES PROPUESTAS | No DE ACCIONES CUMPLIDAS | No DE ACCIONES SIN CUMPLIR | No DE ACCIONES POR VENCER |
| Gestión de Bienes y Servicios | 6 | 2 | 4 | 0 |
| Gestión de Talento Humano | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Vigilancia Epidemiológica | 10 | 7 | 3 | 0 |
| Tecnologías de la información | 14 | 0 | 0 | 14 |
| Gestión de la Calidad | 1 | 1 | 0 | 0 |

3. EJE TRANSVERSAL – INFORMACION 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 Marzo/2016 a Junio 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.
- La ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con el mecanismo de solicitud de citas a través de la página Web www.esecarmenemiliaospina.gov.co.
- Durante el periodo revisados Marzo – Junio de 2016 se desarrollaron dos megabrigadas 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 vulnerable y del 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 **8632828**, 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 Marzo de 2016 a Junio de 2016 se encuestaron 9.640 usuarios, de los cuales 9.578 están satisfechos y 62 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 MARZO DE 2016 A JUNIO 2016 | | | | | |
|---|-------|-------|------|-------|-------|
| MES | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | TOTAL |
| Encuestas Aplicadas | 2413 | 2409 | 2409 | 2409 | 9640 |
| Usuarios satisfechos | 2404 | 2396 | 2389 | 2389 | 9578 |
| Usuarios insatisfechos | 9 | 13 | 20 | 20 | 62 |
| 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 | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | PROMEDIO |
|-----------------|-------|-------|------|-------|----------|
| ATENCION PARTOS | 100% | 97% | 100% | 100% | 99% |
| AMBULANCIA | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| LABORATORIO | 100% | 99% | 98% | 99% | 99% |
| HOSPITALIZACION | 100% | 100% | 98% | 100% | 100% |

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

Los servicios de ambulancia, hospitalización, odontología y archivo lograron un cumplimiento del 100%; los servicios de facturación, farmacia, ecografía, servicios generales, laboratorio y atención de partos registran un índice superior del 99%; los servicios de urgencias, P YP, medicina general, e hipertensión, registraron un índice de satisfacción del 98%; El servicio con menor promedio de satisfacción fue el servicio de Rayos X, con un indicador promedio del 97%.

| CONSOLIDADO DE SATISFACCION POR CENTRO DE SALUD | | | | | |
|---|-------|-------|------|-------|----------|
| CENTRO DE SALUD | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | PROMEDIO |
| SIETE DE AGOSTO | 100% | 100% | 100% | 99% | 99% |
| PALMAS | 99% | 99% | 99% | 100% | 99% |
| IPC | 99% | 99% | 98% | 98% | 98% |
| CANAIMA | 99% | 99% | 99% | 98% | 98% |
| GRANJAS | 100% | 99% | 99% | 99% | 99% |
| EDUARDO SANTOS | 100% | 98% | 99% | 100% | 99% |

Para el periodo de Marzo a junio 2016, se presentó un Aumento del 43,3% en las Peticiones Quejas y Reclamos respecto al cuatrimestre anterior (de Noviembre a Febrero 2016); es decir de 13 PQR se aumentó a 30 PQR, un total de 11 PQR se presentaron solo en el mes de Junio. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

| CONSOLIDADO QUEJAS MARZO 2016 A JUNIO 2016 | | | | | | | | |
|--|-----------------|----------|-------------------------|----------|-----------|----------|----------------|-----------|
| | SIETE DE AGOSTO | PALMAS | SAN ANTONIO DE ANACONIA | IPC | CANAIMA | GRANJAS | EDUARDO SANTOS | TOTAL |
| MARZO | 2 | 2 | | | 2 | 1 | | 7 |
| ABRIL | 1 | | | | 4 | | | 5 |
| MAYO | | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 7 |
| JUNIO | 2 | | | | 8 | 1 | | 11 |
| TOTAL | 5 | 4 | 1 | 1 | 15 | 4 | | 30 |
| ZONA | 10 | | | 16 | | 4 | | |
| | 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 segundo mantenimiento preventivo a todos los equipos de cómputo de la ESECEO, durante el mes de junio de 2016, según los programados en cronograma anual de mantenimiento.

Se Mejoró el reporte de Facturas Entidad, en el módulo de Facturación del aplicativo Dinámica Gerencial .Net, que permitió visualizar en la impresión el código de autorización emitido por el anexo 3 de las EPS, sobre todo Comfamiliar.

Se Mejoró el modelo de Historia Clínica código TAB01: REGISTRO CLINICO TAB, en el aplicativo Dinámica Gerencial, donde se agrega un nuevo campo, que permita identificar la hora llegada IPS, de igual manera se agregaron los campos de los nombres de los auxiliares de la ambulancia y los conductores, de acuerdo a visita técnica al área de referencia.

Mejoramiento del modelo de Historia Clínica código N003: ANOTACIONES Y EVOLUCIONES SERVICIOS AMBULATORIOS, en el aplicativo Dinámica Gerencial, donde se agrega un nuevo campo, que permita identificar si la anotación se refiere al área de medicina general y/o odontología, el campo se llama



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



Elaboración de reporte generado, módulo facturación del aplicativo Dinámica Gerencial, llamado: "INFORME COMFAMILIAR EVENTO ASISTECIAL", el cual se realiza bajo las especificaciones técnicas enviadas por la EPS COMFAMILIAR, para reporte mensual, con el fin de evitar el proceso de autorizaciones de servicio uno a uno.

Implementación y/o estandarización y configuración de todos los equipos de cómputo de la ESECEO, con el formato de fecha y hora Militar, con el objetivo de atender requerimientos de control, para el tema de los documentos clínicos.

Se realizó el diseño, elaboración y puesta en marcha del modelo de historia clínica de código ED01: EVALUACION DEL RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES ESCALA DE CAIDAS MORSE, de acuerdo a solicitud del área de calidad, en el aplicativo Dinámica Gerencial

Se realizaron los ajustes, configuraciones técnicas (horarios, colores, etc) en el aplicativo Dinámica Gerencial, para adecuar el nuevo modelo de Triage en Urgencias, según requerimientos de calidad, y el ministerio de salud.

Diseño y elaboración de tres modelos de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial, de consentimiento informados así: CI01= CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACION, CI02=CONSENTIMIENTO INFORMADO RETIRO VOLUNTARIO, CI03= CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH.

Diseño y elaboración del modelo de historia clínica denominada C28: REGISTRO DE OPORTUNIDAD DE LLAMADO DE AMBULANCIA, en la cual medirá la oportunidad del llamado de la ambulancia.

Parametrización del servicio de INYECTOLOGÍAS, en el aplicativo dinámica gerencial bajo el código CUPS 992990, Con ocasión a las sesiones de conciliación de glosas adelantadas por el Dr. Fabián Méndez ante la EPS Comfamiliar

Diseño, elaboración, implantación y puesta en marcha del cableado estructurado, del Call Center el cual fue trasladado al centro de Salud Canaima, quedando todo en condiciones óptimas.

Diseño, elaboración, implantación y puesta en marcha del cableado estructurado, de los nuevos consultorios construidos en el IPC



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



Traslado del Data Center a la sede Administrativa, CANAIMA, reubicación, reconfiguración, migración y puesta en marcha de los servicios tecnológicos, al igual que el acompañamiento diario en el traslado de cada una de las áreas administrativas a la sede CANAIMA.

Solicita se realice un informe por historia clínica, que permita la visualización de todos los diagnósticos registrados por los profesionales, se realizó la actividad a conformidad, se publica en el módulo de historias clínicas, reportes generados: INFORME PARA AUDITORIA MEDICA DE HC

Desarrollo, Elaboración y Renovación de plantilla, gestor de contenidos y servidor de INTRANET.

3.2.2. GESTION DOCUMENTAL

- ✓ Se realizaron capacitaciones al personal por áreas en Gestión Documental.
- ✓ Implementación del módulo archivo gestión del aplicativo SIMAD. 27 tipos documentales de talento humano, 228 - cartera, 64 - calidad, 39 - costos, 3 - control interno, 12 - contabilidad, 283 - contratación, 9 - convenios, 1 - epidemiología, 5 - facturación, 215 - gerencia, 37 - planeación, 73 - presupuesto, 14 - salud ocupacional, 4 - subgerencia, 28 - talento humano, 55 - TIC, 2 - tesorería
- ✓ Actualización de los procedimientos de gestión documental, como planes de mejora.
- ✓ Organización, depuración y escaneo del 30% de la documentación en el archivo rodante en el archivo central, correspondiente a 1062 series.
- ✓ Digitalización, organizada de 4762 historia clínicas
- ✓ Se realizó actualización de documentación 5 archivos del área de calidad, durante el periodo marzo a junio de 2016.

El presente documento se genera y publica el día 12 de Julio de 2016

LILIANA PARDO HERRERA
Coordinadora de control interno