| INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011 | | |
|---|---|---|
| **Oficina de Control Interno.** | **LILIANA PARDO HERRERA** | **Período evaluado: 01/11/2016 al 28/02/2017** |
| | | **Fecha de elaboración: 10/03/2017** |

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 de Neiva, a través de la Resolución No.93 del 31 de marzo de 2016, actualizó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con base en los lineamientos del Manual Técnico MECI 1000:2014, del Decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

La oficina de Control Interno en cumplimiento de las funciones propias e inherentes al ejercicio de su función, 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 cuatrimestral de Noviembre de 2016 a Febrero de 2017, el cual se publica en la página Web de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA de Neiva, el día 10 de Marzo de 2017, dando cumplimiento al tiempo establecido en la citada 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 que se encuentra publicado en la WEB dentro del mapa de procesos.

## 1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

**1 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN**:

La ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva, mediante Resolución No.118 del 2 de Mayo 2016, adoptó el Plan Anual de Capacitaciones para la vigencia 2016. En la actualidad se encuentra en proceso la adopción del plan para vigencia 2017. Para el periodo evaluado de noviembre de 2016 a febrero de 2017, se realizaron 19 capacitaciones con una participación de 177 funcionarios.

- **Competencias organizacionales:**

Permiten un vínculo afectivo del personal que está vinculado a la institución. Por el periodo evaluado se presentaron 15 inducciones grupales a 177 personas, para garantizar un acoplamiento por parte de los nuevos contratistas a la organización y puestos de trabajo.

- **Competencias comportamentales:**

Se llevaron a cabo 2 capacitaciones orientadas a estas competencias, contando con la participación de 10 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 3 temas, dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia. Participaron 25 personas en esta competencia.

- **Competencias Técnico científica:**

Esta competencia desarrolla habilidades y destrezas propias de cada disciplina dentro de la organización, y durante el cuatrimestre se desarrollaron 3 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia. Participaron 30 personas. Se observa que para el próximo cuatrimestre ya que se presentarán mayores avances, mediante la adopción del plan de capacitación para la vigencia 2017.

## 2 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL:

Mediante Resolución No.85 del 14 de marzo de 2016 y para la vigencia 2017, mediante resolución No.48 del 9 febrero 2017, se aprobó el plan de Bienestar Social. Las actividades realizadas en el periodo entre noviembre de 2016 a febrero de 2017 fueron:

| **Actividades programadas Noviembre 2016 a Febrero 2017** | **EJECUCION** |
|---|---|
| Actividad Gratitud a la Vida – cumpleaños funcionarios | 100% |
| Día de las profesiones (Día del médico) | 100% |
| Actividades ecológica: Medellín y Rivera | 100% |
| Cena Navideña y entrega de Quinquenios) | 100% |
| Actividad lúdico recreativa para los hijos de funcionarios | 100% |
| Auxilio funerario | 100% |
| Bono Educativo | 100% |

## 3 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO:

Para la evaluación de desempeño que se aplica en la ESE se ha definido la evaluación anual ordinaria en dos etapas: Parcial y semestral. Para la segunda evaluación comprendida del 1 de agosto/2016 al 31 de enero del año 2017, periodo que debe ser evaluado antes del 15 de febrero 2017,

está consolidándose en razón a que falta la aceptación de la calificación de algunos funcionarios. Este avance se informará en el próximo cuatrimestre.

**4 SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES:**

Para la vigencia 2017 a partir del 1 de marzo, se asignará un profesional de apoyo contable área para el área de talento humano, quien será el encargado de realizar todas las actividades pertinentes a liquidación, pago y reporte de seguridad social y parafiscales, al igual que apoyará el proceso de conciliación de aportes patronales. A la fecha para la vigencia 2016 no se ha avanzado; únicamente para las vigencias 2012-2015, por lo tanto, se espera con el profesional que se asignará a partir del 1 de marzo/2017, avanzar al respecto.

**5. COMPONENTE DE DOCENCIA SERVICIO:**

Los convenios de docencia vigentes a febrero de 2017 son los siguientes:

- ✓ Fundación UNINAVARRA – Se retomó a partir del segundo semestre del 2015 con estudiantes de pregrado, enfermería 2 semestres, asignatura APS de modalidad extramural, ubicados en la comuna 10.
- ✓ Dos grupos de 2 y 5 semestre de tecnólogo en radiología e imágenes diagnosticas en el Hospital de Canaima.
- ✓ El programa de medicina solicitó escenario de práctica para la asignatura de medicina familiar 7 semestre.
- ✓ Universidad Sur colombiana - continua vigente con dos programas que son medicina en pregrado y posgrado de pediatría, con las asignaturas ginecología, pediatría, medicina familiar y medicina social del internado rotatorio y enfermería en pregrado con las asignaturas cuidado de adulto I, adulto III, cuidado madre-niño-adolescente y administración y en posgrado cuidado urológico y nefrológico.
- ✓ Fundación Universitaria María Cano – convenio firmado a partir del mes de junio del 2015. Se iniciaron prácticas en Fisioterapia con la presencia de 10 estudiantes (5 Canaima, 5 – Eduardo santos) 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 y actualmente tienen dos grupos con 11 estudiantes en las sedes sur (Canaima y caguan) y sede norte (Las granjas y Eduardo santos).

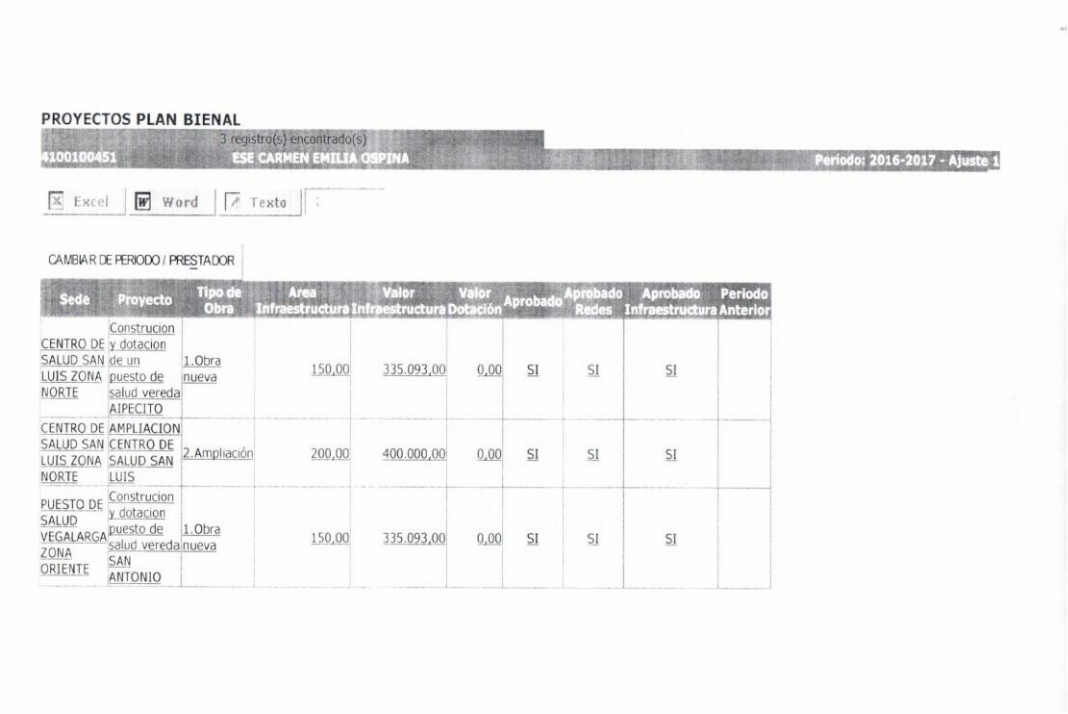
- ✓ Universidad Antonio Nariño – Se está avanzando en la legalización de un convenio radicado para revisión en la oficina jurídica con el objetivo de que la institución educativa tramite registro calificado ante el Ministerio de Educación para la apertura de programa de salud en la sede Neiva. Existe un convenio colaborativo para la posibilidad de rotación de estudiantes de otros programas y está pactado un descuento del 20% para funcionarios o familiares en primer grado de consanguinidad en matriculas.
- ✓ Escuela San Pedro Claver – con estudiantes para auxiliares de enfermería, y auxiliares de consultorio odontológico y auxiliares de farmacia, esta última en convenio con el operador de medicamentos avalado por la ESE. 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 y Caguan.
- ✓ 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.
- ✓ SENA regional Huila existe un convenio para la práctica del programa de técnico en salud pública, actualmente capacitan a 20 personas funcionarias de la ESE en contraprestación del convenio.

## *1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO*

### 1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Durante el periodo de Noviembre a Diciembre de 2016 se ha venido desarrollando el plan Bienal 2016 – 2017 el cual fue aprobado por el Ministerio de salud proyectando la construcción y dotación de un puesto de salud vereda Aipecito, ampliación centro de salud san Luis, la construcción y dotación puesto de salud vereda san Antonio; sin embargo para el periodo de revisión se realizó ajuste al plan Bienal, el cual está pendiente de aprobación por parte del Ministerio de Salud.

A continuación se relacionan los proyectos del plan bienal publicados en la plataforma del SIHO (Sistema de Información Hospitalaria) del Ministerio:



PROYECTOS PLAN BIENAL

3 registro(s) encontrado(s)

4100100451 ESE CARMEN EMILIA OSPINA Periodo: 2016-2017 - Ajuste 1

Excel | Word | Texto

CAMBIAR DE PERIODO / PRESTADOR

| Sede | Proyecto | Tipo de Obra | Area Infraestructura | Valor Infraestructura | Valor Dotación | Aprobado | Aprobado Redes | Aprobado Infraestructura | Periodo Anterior |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO DE SALUD SAN LUIS ZONA NORTE | Construcion y dotacion de un puesto de salud vereda AIPECITO | 1.Obra nueva | 150,00 | 335.093,00 | 0,00 | SI | SI | SI | |
| CENTRO DE SALUD SAN LUIS ZONA NORTE | AMPLIACION CENTRO DE SALUD SAN LUIS | 2.Ampliación | 200,00 | 400.000,00 | 0,00 | SI | SI | SI | |
| PUESTO DE SALUD VEGALARGA ZONA ORIENTE | Construcion y dotacion puesto de salud vereda SAN ANTONIO | 1.Obra nueva | 150,00 | 335.093,00 | 0,00 | SI | SI | SI | |

### 1.2.1.1 AVANCES DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN.

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

El proyecto se cofinancia entre el Municipio de Neiva, Dirección de regalías y la ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA. El municipio de Neiva está haciendo los ajustes de diseño y presupuesto para iniciar la contratación de la terminación de la primera etapa.

- **Avance Centro de Salud Palmas:**

Según reunión que se sostuvo con la secretaria de Salud Municipal, para la elaboración de diseños y presupuestos, el Municipio hará un aporte de $200.000.000.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT. 813.005.265-7

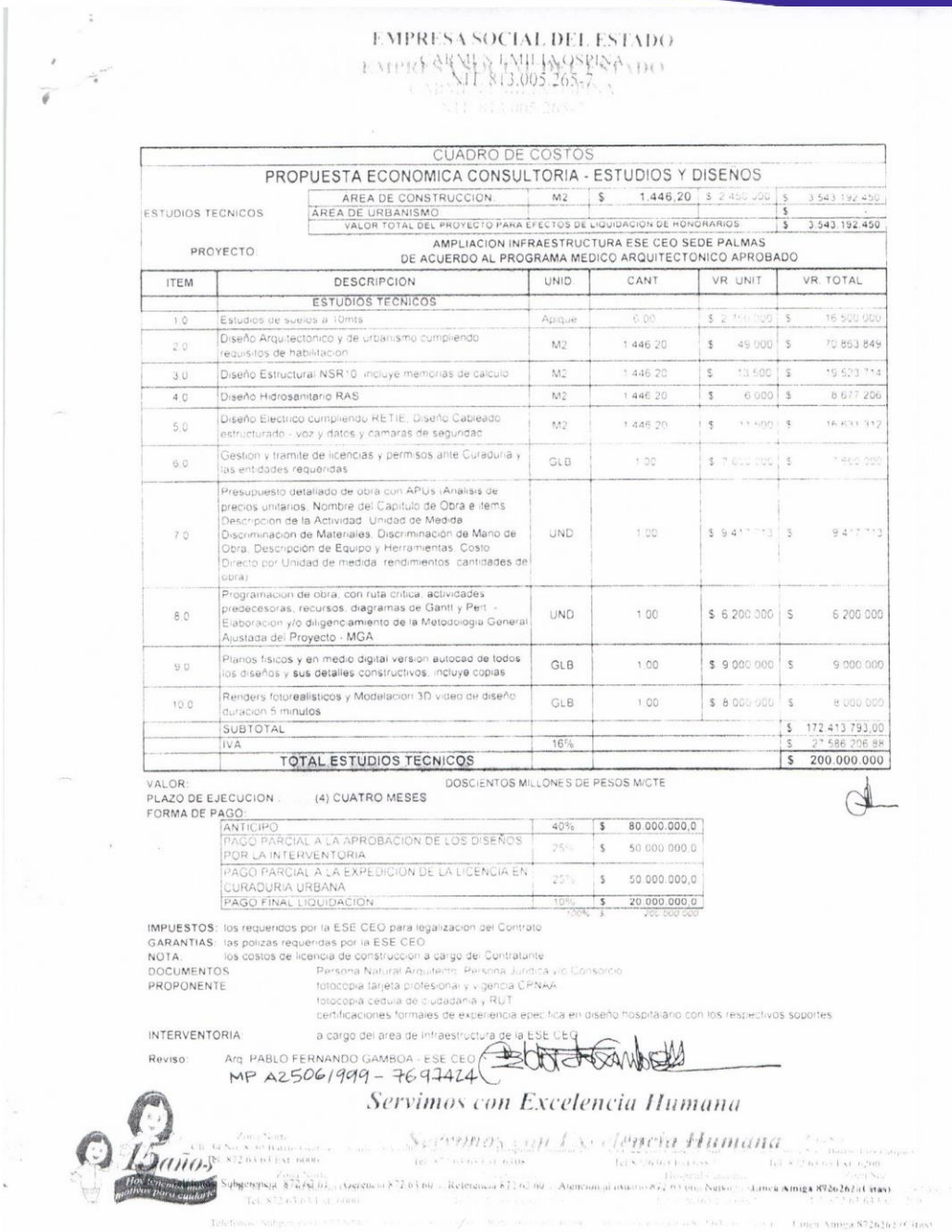
ESE C. E. O. SEDE PALMAS

## AMPLIACION ESE CEO SEDE PALMAS

| CODIGO | ESPACIOS | ALTO GRADO DE COMPLEJIDAD: SERVICIOS ALTO | UNIDAD | AREAS M2 | TOTAL AREAS M2 | MEDIANO GRADO DE COMPLEJIDAD: SERVICIOS MEDIANA | UNIDAD | TOTAL AREAS M2 | CAMAS SALAS CONSULTORIOS CAMILLAS: UND | TOTAL | DETALLE | MTS2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **SERVICIOS HOSPITALARIOS** | | | | | | | | | | | |
| | **Servicio de Hospitalizació Adultos:** | | | | | | | | | | | |
| | Cuartos hospitalizacion Bipersonales | x | | 26,00 | 0,00 | x | | [illegible] | | | | |
| | Cuartos hospitalizacion unipersonales | x | 30 | [illegible] | 432,00 | x | | [illegible] | 30 | [illegible] | CAMAS | |
| | Cuartos de Aislamiento | x | 1 | [illegible] | 14,40 | x | | [illegible] | | | | |
| | Puesto de enfermeria | x | 1 | [illegible] | 5,17 | x | | [illegible] | | | | |
| | Trabajo limpio y sucio | x | [illegible] | [illegible] | [illegible] | x | | [illegible] | | | | |
| | Deposito medicamentos | x | 1 | 5,76 | 5,76 | x | | [illegible] | | | | |
| | Deposito ropas | x | 1 | 3,60 | 3,60 | x | | [illegible] | | | | |
| | Sitio para camilla y silla de ruedas | x | 1 | 3,60 | 3,60 | x | | 0,00 | | | | |
| | Sala de procedimientos | x | 1 | 12,00 | 12,00 | x | | 0,00 | | | | |
| | Baño para el personal | x | 1 | 3,60 | 3,60 | x | | 0,00 | | | | |
| | Area lavado de patos y esterilización | x | 1 | 6,60 | 6,60 | x | | 0,00 | | | | |
| | Cuarto de aseo con poceta | x | 1 | 4,40 | 4,40 | x | | 0,00 | | | | |
| | Cuarto de residuos hospitalarios | x | 1 | [illegible] | [illegible] | x | | [illegible] | | | | |
| | Area reposteria y lavanderia | x | 1 | 14,40 | 14,40 | x | | 0,00 | | | | |
| | Estar personal | x | 1 | 10,00 | 10,00 | x | | [illegible] | | | | |
| | Area para ascensores | x | | [illegible] | 0,00 | x | | 0,00 | | | | |
| | Sala de visitas con unidad sanitaria | x | [illegible] | 2,50 | 25,00 | x | | 0,00 | | | | |
| | SUBTOTAL SERVICIO DE HOSPITALIZACION | | | | 557,48 | | | 0,00 | | | | |
| | Muros 10% | | | | 55,75 | | | 0,00 | | | | |
| | Circulaciones 25% | | | | 139,37 | | | 0,00 | | | | |
| | TOTAL SERVICIO DE HOSPITALIZACION | | | | 752,60 | | | 0,00 | | | | 752.60 |
| | **Servicio de Hospitalización Pediatria:** | | | | | | | | | | | |
| | Cuartos de Hospitalización Pediátrica-cunas | x | 3 | 14,40 | 43,20 | x | | 0,00 | 3 | 4 | CAMAS PEDIATRICAS | |
| | Cuartos de Aislamiento | x | 1 | 14,40 | 14,40 | x | | 0,00 | 1 | | | |
| | Sala de juegos niños y comedor | x | 5 | 6,00 | 30,00 | x | | 0,00 | | | | |
| | Sala de visitas con unidad sanitaria | x | 10 | 2,50 | 25,00 | x | | 0,00 | | | | |
| | SUBTOTAL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PEDIATRIA | | | | 112,60 | | | 0,00 | | | | |
| | Muros 10% | | | | 11,26 | | | 0,00 | | | | |
| | Circulaciones 25% | | | | 28,15 | | | 0,00 | | | | |
| | TOTAL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PEDIATRIA | | | | 152,01 | | | 0,00 | | | | 152,01 |
| | **TOTAL SERVICIO DE HOSPITALIZACION** | | | | | | | | | | | 904,61 |
| | **SERVICIO DE TRANSPORTE** | | | | | | | | | | | |
| | TRASLADO ASISTENCIAL BASICO | | 1 | | | | | | 1 | 1 | AMBULANCIAS | |
| | TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO | | 2 | | | | | | 2 | 2 | | |
| | Oficina | x | | 10,00 | 0,00 | x | 1 | 10,00 | | | | |
| | Garajes de acuerdo parque automotor | x | | 20,00 | 0,00 | x | 2 | 40,00 | | | | |
| | Deposito de herramientas | x | | 12,00 | 0,00 | x | 1 | 12,00 | | | | |
| | Vestier y baño | x | | 8,40 | 0,00 | x | 1 | 8,40 | | | | |
| | SUBTOTAL SERVICIO DE TRANSPORTE | | | | 0,00 | | | 70,40 | | | | |
| | 1.1.12 Muros 10% | | | | 0,00 | | | 7,04 | | | | |
| | 1.1.13 Circulaciones 25% | | | | 0,00 | | | 17,60 | | | | |
| | **TOTAL SERVICIO DE TRANSPORTE** | | | | | | | 95,04 | | | | 95,04 |
| | **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA** | | | | | | | | | | | |
| | Recepcion Informac. Admisiones | x | | 8,64 | 0,00 | x | 1 | 8,64 | | | | |
| | Sala de espera con unidad sanitaria por sexo | x | | 2,50 | 0,00 | x | 20 | 52,00 | | | | |
| | Caja y Estadistica | x | | 10,00 | 0,00 | x | 1 | 10,00 | | | | |
| | Consultorio especializado con unidad sanitaria | | | | | | | | | | | |
| | CONSULTA GENERAL | x | 10 | 20,00 | 200,00 | x | | 0,00 | 10 | 10 | CONSULTORIOS | |
| | Atención al usuario | x | | 12,00 | 0,00 | x | 1 | [illegible] | | | | |
| | Area para ascensores | x | | 16,00 | 0,00 | x | 2 | [illegible] | | | | |
| | Cuarto de aseo con poceta | x | | [illegible] | [illegible] | x | | [illegible] | | | | |
| | Cuarto de residuos hospitalarios | | | [illegible] | [illegible] | x | 1 | 4,40 | | | | |
| | Baño para el personal por sexo | x | | [illegible] | [illegible] | x | 2 | [illegible] | | | | |
| | SUBTOTAL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | | | | 200,00 | | | 130,78 | | | | |
| | Muros 10% | | | | 20,00 | | | 13,08 | | | | |
| | Circulaciones 25% | | | | 50,00 | | | 32,70 | | | | |
| | **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA** | | | | 270,00 | | | 176,55 | | | | 446,55 |
| | | | | | | | | | | | TOTAL AREA m2 | 1.446,20 |

ELABORO: [signature] Arq. PABLO FERNANDO GAMBOA MARTINEZ ESE CEO
Matricula Profesional [illegible]

*Servimos con Excelencia Humana*



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT. 813.005.265-7

CUADRO DE COSTOS

PROPUESTA ECONOMICA CONSULTORIA - ESTUDIOS Y DISEÑOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ESTUDIOS TECNICOS: | AREA DE CONSTRUCCION: | M2 | $ 1.446,20 | $ 2.450.000 | $ 3.543.192.450 |
| | ÁREA DE URBANISMO | | | | $ - |
| | VALOR TOTAL DEL PROYECTO PARA EFECTOS DE LIQUIDACION DE HONORARIOS | | | | $ 3.543.192.450 |

PROYECTO: AMPLIACION INFRAESTRUCTURA ESE CEO SEDE PALMAS
DE ACUERDO AL PROGRAMA MEDICO ARQUITECTONICO APROBADO

| ITEM | DESCRIPCION | UNID | CANT | VR. UNIT | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | ESTUDIOS TECNICOS | | | | |
| 1.0 | Estudios de suelos a 10mts | Apique | 6.00 | $ 2.750.000 | $ 16.500.000 |
| 2.0 | Diseño Arquitectonico y de urbanismo cumpliendo requisitos de habilitacion | M2 | 1.446,20 | $ 49.000 | $ 70.863.849 |
| 3.0 | Diseño Estructural NSR10 incluye memorias de calculo | M2 | 1.446,20 | $ 13.500 | $ 19.523.714 |
| 4.0 | Diseño Hidrosanitario RAS | M2 | 1.446,20 | $ 6.000 | $ 8.677.206 |
| 5.0 | Diseño Electrico cumpliendo RETIE, Diseño Cableado estructurado - voz y datos y camaras de seguridad | M2 | 1.446,20 | $ 11.500 | $ 16.631.912 |
| 6.0 | Gestion y tramite de licencias y permisos ante Curaduria y las entidades requeridas | GLB | 1,00 | $ 7.000.000 | $ 7.000.000 |
| 7.0 | Presupuesto detallado de obra con APUs (Analisis de precios unitarios. Nombre del Capitulo de Obra e items Descripcion de la Actividad. Unidad de Medida Discriminacion de Materiales. Discriminacion de Mano de Obra. Descripcion de Equipo y Herramientas. Costo Directo por Unidad de medida. rendimientos. cantidades de obra) | UND | 1,00 | $ 9.417.713 | $ 9.417.713 |
| 8.0 | Programacion de obra: con ruta critica: actividades predecesoras, recursos, diagramas de Gantt y Pert. - Elaboracion y/o diligenciamiento de la Metodologia General Ajustada del Proyecto - MGA | UND | 1,00 | $ 6.200.000 | $ 6.200.000 |
| 9.0 | Planos fisicos y en medio digital version autocad de todos los diseños y sus detalles constructivos, incluye copias | GLB | 1,00 | $ 9.000.000 | $ 9.000.000 |
| 10.0 | Renders fotorealisticos y Modelacion 3D video de diseño duracion 5 minutos | GLB | 1,00 | $ 8.000.000 | $ 8.000.000 |
| | SUBTOTAL | | | | $ 172.413.793,00 |
| | IVA | 16% | | | $ 27.586.206,88 |
| | TOTAL ESTUDIOS TECNICOS | | | | $ 200.000.000 |

VALOR: DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE
PLAZO DE EJECUCION: (4) CUATRO MESES
FORMA DE PAGO:

| | | | |
|---|---|---|---|
| ANTICIPO | 40% | $ | 80.000.000,0 |
| PAGO PARCIAL A LA APROBACION DE LOS DISEÑOS POR LA INTERVENTORIA | 25% | $ | 50.000.000,0 |
| PAGO PARCIAL A LA EXPEDICION DE LA LICENCIA EN CURADURIA URBANA | 25% | $ | 50.000.000,0 |
| PAGO FINAL LIQUIDACION | 10% | $ | 20.000.000,0 |
| | 100% | $ | 200.000.000 |

IMPUESTOS: los requeridos por la ESE CEO para legalizacion del Contrato
GARANTIAS: las polizas requeridas por la ESE CEO
NOTA: los costos de licencia de construccion a cargo del Contratante
DOCUMENTOS PROPONENTE: Persona Natural Arquitecto, Persona Juridica y/o Consorcio
fotocopia tarjeta profesional y vigencia CPNAA
fotocopia cedula de ciudadania y RUT
certificaciones formales de experiencia especifica en diseño hospitalario con los respectivos soportes
INTERVENTORIA: a cargo del area de infraestructura de la ESE CEO

Reviso: Arq. PABLO FERNANDO GAMBOA - ESE CEO
MP A2506/999 - 7697424

Servimos con Excelencia Humana

Baños

## 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 Noviembre de 2016 a Febrero 28 de 2017 para identificar las causas que dieron origen a los mismos, y crear e implementar mecanismos que eviten la repetición de estos sucesos, adoptando como medida preventiva reforzar las capacitaciones sobre riesgo biológico.

Se desarrolló el reporte y seguimiento a AT ocurridos durante el periodo mencionado, tomando en cuenta que el reporte del indicador de accidentalidad del mes de febrero/2017, aún no se ha enviado al área de calidad por falta de datos de una de las dos ARL.

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, en donde una persona que presenta reiteradamente un error, como por ejemplo el no uso de elementos de dotación de trabajo, prepara una charla de 5 minutos para que enseñe a sus compañeros como evitar accidentes laborales.

Las inducciones que se ofrecieron a las personas que ingresaron a la ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA, contaron con un espacio amplio donde se les capacitó en temas relacionados sobre prevención de accidentes de trabajo, uso y porte de elementos de protección personal, prevención de enfermedades laborales y la importancia del autocuidado frente a la accidentalidad, y qué hacer en caso de un accidente de trabajo.

Se desarrollaron capacitaciones en los diferentes centros de salud, en prevención de riesgos laborales, higiene postural, pausas activas, hábitos de vida saludable; también se desarrolló en el área de almacén capacitación sobre manejo adecuado de cargas, orden, limpieza y aseo, prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales; y capacitación en procedimiento de limpieza y desinfección instrumental en la sede de Canaima.

✓ **Inspecciones de seguridad:**

Dando cumplimiento a los cronogramas de salud ocupacional durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2016, Enero y Febrero 2017, se realizaron inspecciones de seguridad en los Centro de Salud Colegio vegalarga relacionados con riesgo biológico de trabajo; y el centro de trabajo de Santa Isabel, y el centro de salud Eduardo Santos, donde se analizaron los factores de riesgos existentes, evidenciando condiciones de riesgo, cumpliendo así con los requisitos mínimos establecidos por la ley 1562 de 2012- GTC 45 actualizada 2012 los cuales fueron reportado en el 2016.

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

✓ **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 Noviembre de 2016 – febrero de 2017.

✓ **Plan de Formación:**

Se realizó inducción a todo el personal que ingresó a la ESE durante el cuatrimestre comprendido entre los meses de Noviembre de 2016 a Febrero de 2017, 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 realizaron reuniones del COE (Comité Operativo de Emergencias) y Respuesta inmediata, donde se reasignaron funciones y tareas del comité, a su vez se realizó sensibilización a sus integrantes para la preparación ante una eventual emergencia. Se mantiene plan de contingencia para emergencias y se elaboró cronograma de actualización de los planes de emergencias hospitalarias año 2017.

✓ **Exámenes médicos ocupacionales:**

Se han realizado Exámenes médicos ocupacionales al personal de planta con envío de certificado durante el periodo en mención.

✓ **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, mediante convenio docencia servicios con la Fundación María Cano, en temas relacionados con Hábitos y Estilos de vida saludable.

✓ **Matrices de identificación de peligros y valoración de riesgo.**

Las matrices de riesgo se encuentran actualizadas a la fecha; sin embargo se elaboró el cronograma para actualización y ajustes para el Año 2017.

✓ **PLAN DE ACCIÓN.**

El Plan de acción se encuentra actualizado y en ejecución como lo describe el cronograma planeado dentro del mismo.

- ***COMPONENTE AMBIENTAL:***

✓ **Capacitaciones:**

Durante el periodo evaluado, se realizaron 12 capacitaciones de 6 programadas al personal administrativo, asistencial y operativo, en temas relacionados con:

Segregación en la fuente, simulacro de rutas de evacuación sanitarias, programas ambientales uso eficiente de ahorro de Agua y Energía, rotulación de guardianes, adecuado manejo de los RHs (registro Hospitalario), programas de pos consumo, 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 25 inspecciones de las cuales se realizaron 36 inspecciones para un cumplimiento del 144%.

- ✓ **Programa de reciclaje:**

Se ejecutó la visita por las sedes de las Palmas, IPC, Canaima, 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 2751 kilogramos.

- ✓ **Programa Pos Consumo:**

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 - Corporación autónoma del Alto Magdalena.

Con el área de comunicación a través de comunicados oficiales por los diferentes medios informáticos de la de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA de Neiva, 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 ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva 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. Dando seguimiento al programa Arbóreo que junto con el área de mantenimiento realizaron la Poda y corte de zonas verdes del centro de salud Canaima.

De igual manera de realizo una jornada de limpieza y Ornato con los funcionarios.

✓ **Comité de Gestión Ambiental**:

Se realizaron durante el cuatrimestre evaluado dos (2) comités: El 02 de Diciembre de 2016 y el 16 de Febrero de 2017. Las reuniones son bimensuales con el fin de identificar los problemas actuales o potenciales relacionados a la Gestión Ambiental; en estas reuniones se busca realizar planeación y ejecución de actividades, medidas preventivas tales como mantenimiento y revisión de los jardines, y medidas correctivas de acuerdo a los hallazgos generados; adicionalmente se socializan los indicadores del área.

✓ **Informe IDEAM**

El informe al IDEAM para soportar el reporte de la cancelación del registro de residuos peligroso RESPEL, correspondiente al Centro de Salud Santa Isabel cerrado a partir del año 2016 está en proceso. El plazo para la entrega del informe es hasta el 31 de marzo de 2017.

✓ **Recolección de escombros y activos dados de baja**

Con el fin de dar cumplimento a los compromisos adquiridos en el comité GAGAS (Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria), se programó una jornada de limpieza y recolección de activos dados de baja y escombros con la colaboración del área de mantenimiento y almacén en los Centro de salud de IPC y Granjas.

- **Proceso sancionatorio de la CAM:**

Se realizó el acompañamiento a la toma de muestras de aguas residuales realizada por el Laboratorio Diagnosticamos a los centros de salud de Granjas, Canaima, IPC y Palmas los cuales se tomaron en una cajilla antes de verter al sistema de alcantarillado municipal.

✓ **Programas Manejo ambiental:**

Se realizó la medición por medio de un análisis de eficiencia energética a la sede Canaima con el fin de verificar el consumo de energía si es acorde a lo facturado. Los resultados del análisis están en proceso.

A través de comunicados oficiales por los diferentes medios informáticos de la ESE CEO, el Área de Gestión Ambiental promueve la educación ambiental y celebración del día internacional del Aire Puro.

- ✓ **Informe Secretaria Salud Municipal – Salud Ambiental**

De acuerdo a las visitas generadas por secretaria de Salud Municipal – Salud Ambiental, los día 3 y 5 de marzo de 2017, el área de Gestión Ambiental efectuó el acompañamiento con el fin de realizar el acta de seguimiento, inspección, vigilancia y control en la Gestión Integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, encontrando 2 observaciones por parte de este ente de control acerca del mantenimiento, gestionándose por el parte del área ambiental ante la subgerencia de la ESE y el área de mantenimiento el requerimiento realizado.

**Informes:**

- ✓ Elaboración del plan de capacitaciones del área de Gestión Ambiental 2017 solicitado por el área de talento humano. Radicado 01-GA-001462-I-2017 a Talento humano vía SIMAD.

- ✓ Entrega de las actas de asistencias de las capacitaciones del mes de enero y febrero/2017 según el Plan Institucional de Capacitación del Área de Gestión Ambiental para el Año 2017. Radicado 01-GA-001909-I-2017 a talento humano vía SIMAD.

- ✓ Informe Gestión Ambiental 2016 Secretaria de Salud Municipal. Radicado 01-GA-000413-S-2017 a la secretaria de salud Municipal.

- ✓ Informe presentado al SIA Contraloría de Neiva formatos 16 y 16ª, a cargo del Área Ambiental.
- ✓ Se realizaron tres informes de la Gestión Ambiental Zona Norte, sur y oriente correspondiente a la vigencia 2016, relacionando todas la actividades realizadas durante dicho año, de inspecciones, capacitaciones, cantidad de residuos hospitalarios generados por sedes, programas Ambientales, campañas ambientales y demás actividades al área. Radicados 01-GA-001241-I-2017 jefe de zona Norte, radicado 01-GA-001243-I-2017 jefe de zona sur, radicado 01-GA-001242-I-2017 jefe de zona oriente.

***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 así:

1 Seguimiento y Evaluación periódica del cumplimiento de la ruta materna desde el componente especifico de captación temprana y oportunidad en el Primer control prenatal a la gestante, y la ejecución de actividades y procedimientos que se deriven de la atención prenatal por médico y enfermería tales como exámenes paraclínicos, vacunación, controles ecográficos, entrega de multivitamínicos, curso psicoprofilactico, atención psicosocial y odontológica entre otras.

Dentro de las actividades anteriormente descritas se destaca el seguimiento a los exámenes de gravindex positivos realizados en la ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA a través de IAMI. Se realiza captación de usuarios mediante fortalecimiento de actividades en equipo de demanda inducida. Se continua fortaleciendo el registro en las historias clínicas sobre las causas por las cuales las gestantes asisten tardíamente al control prenatal. Se continúa fortaleciendo el seguimiento a gestantes inasistentes a través de visitas y llamadas telefónicas.

Se realizan capacitaciones al personal involucrado en la ruta materna en los procesos, procedimientos y guías de atención a la gestante.

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

**INDICADORES RESOLUCION 743 DE 2013. INDICADORES GESTION GERENCIAL_ ESE CARMEN EMILIA OSPINA_AREA TECNICO CIENTIFICA**

| INDICADOR | DEFINICION OPERACIONAL | META | NOVIEMBRE 2016 | DICIEMBRE 2016 | ENERO 2017 | FEBRERO 2017 | TOTAL CUATRIMESTRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION | Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes identificadas | ≥ 0,85 | 0,87 | 0,88 | 0,84 | 0,83 | 0,86 |
| EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO | Número de historias clínicas de nilos (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana en las alteraciones del crecimiento y desarrollo /Total de niños (as) menores de 10 años a quines se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia). | ≥ 0,80 | 0,88 | 0,91 | 0,91 | 0,84 | 0,88 |
| EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA | Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evalaución. | ≥ 0,90 | 1 | 1 | 0,81 | 0,88 | 0,92 |
| INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE | Numero de recien nacidos con diagnostico de sífilis congenita en poblacion atendida por la ESE en la vigencia | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| OPORTUNIDAD DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA | Sumatoria de días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita y la fecha en la cual es asignada la cita / No. Total de consultas medicas asignadas en el período | ≤3 | 1 | 1 | 3,4 | 3,4 | 2,20 |
| REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS | Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/ Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo | ≤0,03 | 0,008 | 0,008 | 0,008 | 0,008 | 0,01 |

**INDICADORES PROPIOS DE PROMOCION Y PREVENCION RUTA MATERNA Y DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

| INDICADOR | DEFINICION OPERACIONAL | META | NOVIEMBRE 2016 | DICIEMBRE 2016 | ENERO 2017 | FEBRERO 2017 | TOTAL CUATRIMESTRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROPORCION DE SEGUIMIENTO A LA INSCRIPCION | (Mujeres con gravindez positivo inscritas en CPN / total de mujeres con gravindex positivo idenficadas por reporte de LB Clínica)*100 | | 71% | 67% | 75% | 70% | 71% |
| SEGUIMIENTO A GESTANTES INASISTENTES | No de visitas y llamadas telefónicas a gestantes / No de inasistentes al CPN | | 95% | 86% | 90% | 83% | 88% |
| VACUNACION DE GESTANTES | No de gestantes con esquema de vacunación TD (de acuerdo al antecedente vacunal de la gestante) / No total de gestantes inscritas al programa. | | 81% | 84% | 82% | 87% | 84% |
| VISITAS DOMICILIARIAS A GESTANTES DE ALTO RIESGO | No de gestantes clasificadas como ARO con seguimiento de visita domiciliaria / No total de gestantes clasificadas en ARO) | | 96% | 86% | 89% | 84% | 89% |
| PROPORCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA | Numero de pacientes que seis meses despues de diagnosticada su hipertension arterial presentan niveles de tensión arterial esperados/ Numero total de pacientes hipertensos diagnosticados | 85% | 81% | 75% | 64% | 64% | 71% |

1.1 Se está en proceso de socialización y articulación de las rutas integrales de atención en salud (Ruta materna, de Salud mental, y Riesgo cardiovascular), dentro de la ejecución del modelo de atención integral en salud (MIAS), con el personal técnico, administrativo y de docencia de servicio de la ESE CEO.

1.2 Fortalecimiento de los servicios en los centros de salud del área rural (Fortalecillas, San Luis, Vegalarga, Caguan), con mayor disponibilidad de personal médico, auxiliar de enfermería y enfermera profesional, donde se realiza atención de consulta externa, promoción y prevención, riesgo cardiovascular y dispensación de medicamentos.

1.3 Se realiza auditoria mensual a la adherencia de la guía de manejo de Hipertensión arterial y crecimiento y desarrollo.

1.4 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 (85%), ya que se alcanzó un total del 88% de adherencia a la guía.

✓ Se continua implementando la normatividad vigente expedida por los diferentes entes reguladores como son el Ministerio de salud y protección social y el Instituto nacional de salud - INS, de acuerdo a la morbilidad presentada en la institución. (Resolución 412 de 2000 Normas técnicas de promoción y prevención. Resolución 15/2016 Guías de práctica clínica. Resolución 5975/2016 Actualización códigos CUPS. Resolución 5926/2016 Listado de medicamentos y Resolución 3202 de 2016, metodología para la adopción e implementación de las Rutas integrales de atención en salud - RIAS. Protocolos del INS como sífilis gestacional y congénita, toxoplasmosis, VIH gestacional y bajo peso al nacer entre otros.

✓ Se continúan articulando acciones con el área de calidad para la revisión e implementación de los diferentes procesos e indicadores.

- **COMPONENTE GESTIÓN DEL DATO Y AUDITORIA**

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.

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 médicas 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 julio a octubre/2016.

## 1.2.2 MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

La oficina de garantía de la calidad cuenta con dos profesionales de ingeniería industrial, desde finales de enero del año en curso, que han venido trabajando en el mejoramiento de los procesos y procedimientos, revisando y ajustando con los líderes y personal involucrado los procesos, procedimientos, formatos y documentos de apoyo.

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS MODIFICADOS Y CREADOS Y ELIMINADOS DEL MAPA DE PROCESOS DE LA ESE CEO DE NOVIEMBRE 2016 A ENERO DE 2017**

| PROCESO | MEJORA EFECTUADA |
|---|---|
| **1. GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA** | |
| **Planeación** | GE-S1M3 Plan de desarrollo 2017-2020 creado<br>GE-S1-M4-V1 Plataforma Estratégica creado<br>GE-S1D3-V2 visión eliminado<br>GE-S1D2-V2 Misión eliminado<br>GE-S1-D13-V2 Plan de desarrollo Institucional eliminado<br>GE-S1D14-V2 Plan de acción eliminado |
| **Comunicaciones** | |
| **Defensa Judicial** | |
| **2. GESTIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD** | |
| **Gestión de la información** | GC-S1-F10-V3 Nombre del procedimiento modificado<br>GC-S-F5-V2 Acta modificado |
| **Gestión de habilitación** | |
| **PAMEC** | |
| **Seguridad del paciente** | |
| **Gestión de acreditación** | |
| **Evaluación y seguimiento** | GC-S6-F18-V1 Auditoria de Calidad de la Historia Clínica Creado<br>GC-S6-F15-V1 Auditoria de la calidad de la Historia Clínica manual creado<br>GC-S6-F14-V4 Auditoria de la calidad de la HC modificado<br>GC-S6F15-V2 auditoria de calidad de HC CDC eliminado<br>GC-S6F16-V2 Auditoria de calidad de HC CP ELIMINADO<br>GC-S6F17-V1 Evaluación de adherencia a normas técnicas de PYP eliminado<br>GC-S6F18-V1Deteccion de alteraciones del desarrollo del joven 10 a 29 años eliminado<br>GC-S6F19-V1 Atención en planificación familiar eliminado<br>GC-S6F20-V1 Evaluación HC RC eliminado |
| **Aprendizaje institucional** | |
| **3. GESTIÓN DEL CONTROL INTERNO** | |
| **Gestión del control interno** | CI-S1F3-V1 Matriz de valoración y priorización de procesos plan anual de auditoria creado<br>CI-S1P1-V6 Evaluación y seguimiento Modificado<br>16 Matrices de todos los procesos modificado |
| **4. SERVICIOS AMBULATORIOS** | |
| **Medicina general** | |
| **Odontología** | SA-S2-F28-V1 Control químico integrador Creado<br>SA-S2-P1-V5 Atención de urgencias odontológicas Modificado<br>SA-S2-P4-V4 Esterilización consultorio odontológico Modificado |
| **5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA** | |

| | |
|---|---|
| **Detección Temprana y Protección Especifica** | EIC-S1P1-V2 Gestión administrativa modificado<br>EIC-S1P2-V2 Atención Intramural modificado<br>EIC-S1P3-V2 Atención extramural modificado<br>EIC-S1P4-V2 Demanda inducida modificado<br>EIC-S1P5-V4 promoción y prevención modificado |
| **IAMI** | |
| **Programas Especiales** | |
| **Riesgo Cardiovascular** | |
| **Contratos Interadministrativos** | |
| **6. SERVICIO DE URGENCIAS** | |
| **Gestión del Servicio de Urgencias** | |
| **7. SERVICIO HOSPITALARIOS** | |
| **Hospitalización Baja Complejidad** | |
| **Obstetricia Baja Complejidad** | |
| **8. APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO** | |
| **Imagenologia** | |
| **Laboratorio Clínico** | |
| **Laboratorio de Citologías** | |
| **Soporte terapéutico** | ADT-S4F17-V2 Acta de seguimiento a los contratos de medicamentos eliminado |
| **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** | GTH-S1-F3-V1 Evaluación creado<br>GTH-S1-F5-V3 Control de asistencia modificado<br>GTH-S1F3-V2 Acta de reunión COPASO ELIMINADO |
| **Desarrollo institucional** | |
| **Programas de extensión** | |
| **Control Interno Disciplinario** | |
| **13. GESTION DE BIENES Y SERVICIOS** | |
| **Contratación** | |
| **Almacén** | |
| **Infraestructura y equipos** | |
| **Servicios administrativos** | |
| **14. TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION** | |
| **Sistemas informáticos** | |
| **Gestión de datos estadísticos** | |
| **Gestión documental** | |
| | |
| **Salud ocupacional** | |
| **Gestión ambiental** | |

| | |
|---|---|
| **Esterilización** | |
| **16. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA** | |
| **Referencia y contrareferencia** | |
| **TAB** | |

- **CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES**

| MES | NOVIEMBRE 2016 | DICIEMBRE 2016 | ENERO 2017 |
|---|---|---|---|
| **N° REPORTES** | 9 | 58 | 1893 |
| **INCIDENTES** | 7 | 48 | 1879 |
| **EVENTO ADVERSO** | 2 | 10 | 14 |

En este subproceso se ha iniciado desde el mes de diciembre una campaña de sensibilización en seguridad del paciente, a todos los funcionarios tanto administrativos como asistenciales, desde la base la cual consiste en la definición de incidentes y eventos adversos.

| CONSOLIDADO DE RONDAS DE SEGURIDAD | | | |
|---|---|---|---|
| ACTIVIDAD | NOVIEMBRE 2016 | DICIEMBRE 2016 | ENERO 2017 |
| RONDAS DE SEGURIDAD | 3 | 2 | 3 |

Adicionalmente se ha realizado búsqueda activa, a través de las RONDAS DE SEGURIDAD y se ha logrado a través de otros medios la captación de la información como es, dinámica –net (historia clínica) reporte de EA, SIMAD, mensajes wsap, notas informales y reportes verbales de las diferentes situaciones en la prestación de los servicios de salud.

## 1.2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La ESE Carmen Emilia Ospina cuenta una estructura orgánica. Igualmente cuenta con un mapa de procesos que permiten establecer un sistema organizado, le permite a la ESE fijar metas con la finalidad de producir sus servicios mediante un orden y un adecuado control.

## 1.2.4 INDICIADORES 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.

Desde el área de garantía de la calidad se realiza seguimiento para vigilar la calidad del dato y del desempeño, y el cumplimiento de la meta establecida.

## 1.2.5 POLÍTICAS DE OPERACIÓN

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

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

## *1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO*

Una vez realizada la actualización de la guía de administración del riesgo adoptada dentro de la ESE CARMEN EMILIA con base en la guía emitida del DAFP, la oficina de control interno en el periodo de Noviembre de 2016 a Febrero de 2017 realizo el acompañamiento a los líderes de procesos para el levantamiento de las matrices de riesgos, mostrando un avance en esta actividad de 100% de los procesos existentes en el mapa de procesos.

Por otro lado se realizó por el área de planeación la actualización en el mes de enero de 2017 del plan anti corrupción y del mapa de riesgos de corrupción con el concurso de los responsables de las actividades; el área de control interno presentó el seguimiento a las actividades implementadas para verificar la efectividad de los controles dentro de los 8 riesgos de corrupción existentes en el mapa de riesgos de corrupción, que se encuentran identificados de los procesos de la Gestión financiera, Gestión de Bienes y Servicios en el subproceso de contratación y gestión de talento humano.

**Consolidado del levantamiento de las nuevas matrices de riesgos por proceso con corte al 28 Febrero de 2017.**

| COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CLASE RIESGO** | **TOTAL RIESGOS** | **ZONA EXTREMA** | **ZONA ALTA** | **ZONA BAJA** |
| **CUMPLIMIENTO** | 6 | 5 | 1 | 0 |
| **ESTRATEGICOS** | 2 | 1 | 1 | 0 |
| **FINANCIEROS** | 1 | 1 | 0 | 0 |
| **IMAGEN** | 3 | 3 | 0 | 0 |
| **CORRUPCION** | 8 | 0 | 3 | 5 |
| **OPERATIVO** | 14 | 11 | 3 | 0 |
| **TECNOLOGICOS** | 1 | 1 | 0 | 0 |

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. Las oficinas de Control Interno y Calidad han ejecutado el programa anual de auditorías para la vigencia y seguimiento a los planes de mejora, el cual cubre los procesos misionales, estratégicos y de apoyo.

### *2.1 COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL*

La gestión realizada por la oficina de control interno de Julio a Octubre de 2016 ha estado encaminada a cumplir con los informes de ley entre los informes que se presentaron se encuentran:

- ✓ Se realizó y público en la web el informe cuatrimestral de Control interno para el periodo de Marzo – Junio de 2016 publicado en Julio.
- ✓ Se realizó y público en la Web el seguimiento al plan anticorrupción y riesgos de corrupción durante el periodo de Abril a Julio de 2016.
- ✓ Se elaboró y se publicó el Informe de austeridad y eficiencia del gasto público para el segundo trimestre y se elaboró el informe del tercer trimestre comprendido entre por los meses de Julio a Septiembre de 2016.
- ✓ Se elaboró y público el informe de SIAU en el mes de Julio de 2016.

- ✓ Se elaboraron los formatos de la evaluación de la gestión por dependencias insumo base entregado al área de Talento Humano para la elaboración de las evaluaciones de desempeño.
- ✓ Durante el periodo julio a Octubre de 2016 se hizo actualización de formatos, los cuales fueron enviados al área de calidad para su aprobación.

Para el fomento de la cultura del autocontrol se elaboraron los boletines en los siguientes temas: Julio/2016: Estudios previos; Agosto/2016: Prácticas contables; Septiembre/2016: plan anticorrupción y riesgos de corrupción.

## *2.2 COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA*

La oficina de Control Interno ha venido desarrollando el plan de auditorías anual dando cumplimiento al 100% de las auditorias programada; que a diciembre de 2016 y enero y febrero/2017 fueron las siguientes:

**AUDITORIA INTERNA**

Las auditorías realizadas a los diferentes procesos en la ESE CEO para la vigencia fiscal 2016, tienen un enfoque que mide el logro de los objetivos, con el fin de realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la ESE, el cual se realizó a través de un programa de auditorías, que con corte de diciembre 31 del año 2016.

| PLAN AUDITORIAS DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO | |
|---|---|
| **No** | **ACTIVIDAD** |
| **PROCESOS DE APOYO** | |
| 1 | GESTION FINANCIERA |
| 2 | TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN |
| 3 | GESTION TALENTO HUMANO |
| 4 | GESTION DE BIENES Y SERVICIOS (Almacen) |
| 5 | GESTION DE BIENES Y SERVICIOS (Infraestructura y equipo y servicios administrativos) |
| 6 | GESTION DE BIENES Y SERVICIOS (Contratación) |
| **PROCESOS MISIONALES** | |
| 7 | SERVICIOS AMBULATORIOS |

Del anterior plan de Auditorias se alcanzó un cumplimiento del 100% con 7 auditorías programadas para la vigencia 2016. El programa anual de auditorías es ejecutado por la oficina de control interno. En cada una de las auditorias se encontraron hallazgos, que se socializaron con el dueño del proceso y se fijan acciones de mejoramiento que permitan presentar una mejora continua en la ejecución de los procesos y actividades desarrolladas por la ESE CEO, las cuales se enfocaron a los procesos de

gestión financiera, tecnología de la información y comunicaciones, talento humano, gestión de bienes y servicios, apoyo diagnóstico, igualmente se efectuaron auditorías internas a los subprocesos de servicios administrativos, infraestructura y equipos y contratación.

Se realizaron las siguientes auditorias especiales por petición de Gerencia y por otras la necesidad de verificar y corroborar el cumplimiento de normatividad y reglamentación.

| No DE AUDITORIAS | AUDITORIAS ESPECIALES REALIZADAS 2016 |
|---|---|
| 1 | Contratacion ( Contrato No 018- Aseo ). |
| 2 | Contratacion ( Contrato No 0681- Radio operadores). |
| 3 | Contratacion ( Contratacion año 2013 ). |
| 4 | Area de Mantenimiento . |
| 5 | Auditoria de Caja Menor. |
| 6 | Contratacion ( Contratacion cierre de mes Julio 2016). |
| 7 | Talento Humano (Auditoria Denuncia anonima). |
| 8 | Talento Humano (Auditoria año 2016). |

Para los meses de enero y febrero de 2017 se realizó una auditoria programada al proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico, y una Auditoria especial al área financiera.

El programa anual de auditorías a cargo de la oficina de control interno se ha venido ejecutando en un 100%.

## ***2.3 COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO***

La oficina de Control Interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas. Para el año 2016, en consolidado a diciembre, se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de:

| SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO AÑO 2015 | |
|---|---|
| **PROCESO** | **No de Acciones Propuestas** |
| BIENES Y SERVICIOS (Almacen) | 6 |
| Bienes y servicios (Infraestructura y equipos) | 6 |
| Talento Humano | 8 |
| Gestion Gerencial - Defensa Judicial | 8 |
| CALIDAD | 4 |
| TIC | 13 |
| Gestion bienes y servicios contratacion | 5 |
| Referencia y contrareferencia | 8 |
| Apoyo diagnostico y terapeutico imagenologia | 6 |
| Apoyo diagnostico y terapeutico (farmacia) | 13 |
| Apoyo Diagnostico y Terapeutico (RX) | 14 |
| Servicios Hospitalarios | 4 |
| Vigilancia Epidemologica | 10 |
| Programas especiales - Deteccion temprana | 9 |
| Intervenciones comunitarias IAMI | 14 |
| Estrategias de intervencion Comunitaria (Contratos Interadministrativos) | **4** |
| **TOTAL** | **126** |

| SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO 2016 | |
|---|---|
| **PROCESO** | **No de Acciones Propuestas** |
| Financiero | **9** |
| Bienes y servicios Contratacion | **7** |
| TIC | **0** |
| servicios ambulatorios (consulta externa) | **3** |
| Bienes y servicios cto 18 especial | **5** |
| Bienes y servicios(contratacion) cto 681 especial | **0** |
| TIC y contratacion Auditoría Especial 2016 | **1** |
| Gestion financiera ( Tesoreria) | **6** |
| Calidad | **0** |
| Gestion Bienes y servicios (Almacen) | **9** |
| Gestion bienes y servicios contratacion espcial liquidacion | **2** |
| Servicios Ambulatorios (Odontologia) | |
| Almacen (Mantenimiento) | 7 |
| desarrollo institucional, programas de extensión y control interno disciplinario) | 11 |
| Gestion de talento humano ( Administracion de personal) | |
| Contratación | **7** |
| Gestión de bienes y srvicios (Servicios administrativos infraestructura y equipos) | 1 |
| **TOTAL** | **68** |

**Plan de acción enero y febrero de2017:**

- gestión financiera (* contraloría: enero y febr - formato f-23 cuenta anual sia; Programada-control interno; * 2 especiales: 1. Control interno y revisoría. 2. Alexander Polanía).
- Servicios ambulatorios (Consulta externa y odontología)
- Estrategias de intervención comunitaria (iami y contratos interadministrativos).
- sistemas de referencia y contrareferencia.

# 3. EJE TRANSVERSAL – INFORMACION Y COMUNICACIÓN

## 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/2016 a Febrero de 2017, la ESE CARMEN EMILIA OSPINA de Neiva 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 (SIAU) se encarga 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 (TIC) 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: PQR, 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 de Neiva cuenta con el mecanismo de solicitud de citas a través de la página Web www.esecarmenemiliaospina.gov.co.

    - Asignación de las citas mediante la línea amiga **8632828**; este proceso se encuentra estructurado y documentado. El área de SIAU realiza asignación de citas en el horario de lunes a viernes de 7 am a 9 am, donde 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 2016 a Febrero de 2017 se encuestaron 10.327 usuarios, de los cuales 10.262 están satisfechos y 65 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 DE NEIVA NOVIEMBRE DE 2016 A FEBRERO 2017 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **MES** | **NOVIEMBRE** | **DICIEMBRE** | **ENERO** | **FEBRERO** | **TOTAL** |
| **Encuestas Aplicadas** | 2519 | 2623 | 2337 | 2848 | 10327 |
| **Usuarios satisfechos** | 2502 | 2603 | 2323 | 2834 | 10262 |
| **Usuarios insatisfechos** | 17 | 20 | 14 | 14 | 65 |
| **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 CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA**

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

En general, los servicios registraron un índice de satisfacción y cumplimiento del 100%; el servicio de facturación para el mes de diciembre de 2016 obtuvo un índice del 95% encontrándose en el límite de la meta, por tanto el área de SIAU, coordinación de facturación y Psicología realizaron capacitaciones con el personal del servicio, donde se desarrollaron estrategias referentes a trabajo en equipo, atención al usuario, comunicación asertiva, lo anterior con el fin de incrementar el indicador de satisfacción de este servicio.

Respecto al servicio de ambulancia que pertenece a la oficina de referencia y contrareferencia se encontraba ubicada en el CS Siete de Agosto, debido al cierre de algunos servicios de este centro de salud no se aplicaron encuestas a partir del mes de agosto del año 2016 en dicho servicio.

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

Para el periodo de Noviembre de 2016 a Febrero 2017, se presentaron 58 PQR, aumentando en 23 respecto al cuatrimestre anterior (de Julio a Octubre 2016) donde se recibieron 35 PQR. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

| CONSOLIDADO QUEJAS NOVIEMBRE DE 2016 A FEBRERO DE 2017 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **SIETE DE AGOSTO** | **PALMAS** | **IPC** | **CANAIMA** | **GRANJAS** | **EDUARDO SANTOS** | **NO REGISTRA** | **TOTAL** |
| **NOVIEMBRE** | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | | | 8 |
| **DICIEMBRE** | | 3 | | 9 | 1 | | | 13 |
| **ENERO** | | 2 | 1 | 4 | 11 | 1 | | 19 |
| **FEBRERO** | | | 2 | 14 | 1 | | 1 | 18 |
| **TOTAL** | 1 | 6 | 5 | 28 | 16 | 1 | 1 | 58 |
| **ZONA** | 7 | | 33 | | 17 | | 1 | 58 |
| | **ORIENTE** | | **SUR** | | **NORTE** | | | |

## 3.2. SISTEMA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

### *3.2.1. INFORMACIÓN SECUNDARIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN*

La ESE 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, durante el mes de Diciembre de 2016, según lo programado en el cronograma anual de mantenimiento.

- Renovación de Licencias Endpoint Antivirus, incluyendo la instalación, configuración, capacitación y puesta en marcha del antivirus y su consola de administración.

- Se realizó el Mantenimiento correctivo UPS central de 20 KVA Canaima.

- Se realizó la compra de 5 Video Beam de alto rendimiento, distribuidos en cada uno de la zona de la ESECEO.

- Se realizó la compra de 20 UPS de 2000 K, ubicadas en las sedes rurales la ESECEO.

- Se realiza la compra de Insumos y partes para correctivos de los equipos de cómputo.

- Capacitación: Buen uso de tecnología.

Capacitación: Modulo de Hospitalización - asignación de camas (personal de enfermería) 11/11/2016.

Capacitación: Modulo de Activos - (personal Almacén) 15/11/2016.

Capacitación: Modulo de Inventarios - (personal Almacén) 15/11/2016.

Capacitación: Modulo de Facturación: como realizar los registros del PIC- 25/11/2016.

Capacitación: Modulo de HC, generar productividad por médico. 5/12/2016.

Capacitación: Modulo de HC, Descarga RX lectura e imagen. 5/12/2016.

Capacitación: Modulo de HC, interfaz con laboratorio, personal laboratorio. 06/12/2016.

Capacitación: Modulo de Facturación, personal médico para que se realice el cargo de la consulta y procedimientos desde la HC. 22/12/2016.

Capacitación: SIMAD-gestión documental 22/12/2016, buen uso de los equipos informáticos.

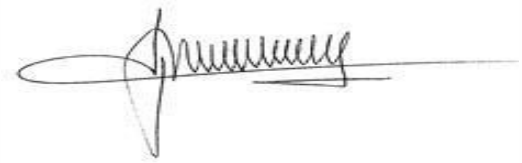
Capacitación: SIMAD-gestión documental 03/02/2017, Canaima.

Capacitación: SIMAD-gestión documental 03/02/2017, Canaima.

### *3.2.2. GESTION DOCUMENTAL*

- Capacitaciones al personal por áreas en Gestión Documental.
- Implementación de los módulos archivo gestión del aplicativo SIMAD. Calidad 36, cartera 79, contratación 101, control interno 34, gerencia 74, subgerencia 36, talento humano 81, TIC 18.
- Organización, depuración y escaneó del 20% de la documentación en el archivo rodante en el archivo central, correspondiente a 3953 series.
- Digitalización, organizada de 3736 historia clínicas.

El presente documento se genera y publica el día 10 de febrero de 2017



**LILIANA PARDO HERRERA**
Coordinadora de control interno