

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	LINA MARÍA VÁSQUEZ DÍAZ	Período evaluado: 01/07/2014 al 30/10/2014
		Fecha de elaboración: 15/11/14

Subsistema de Control Estratégico**Ambiente de control :****Acuerdos, compromisos y protocolos éticos**

Se continúa con el programa de inducción el cual se efectúa de manera individual , donde se lleva a cabo la socialización del código de ética y buen gobierno el cual está incluido en la hoja de ruta de inducción del personal y fue enviado a los correos electrónicos de cada uno de las veintidós (22) personas capacitadas. Además se realizaron jornadas de inducción de forma grupal a 173 personas entre los meses de julio a octubre de 2014, aclarando que 74 personas hacen parte de los convenios docencia- asistencial que tiene la entidad con escuelas de formación y la universidad surcolombiana.

Para las jornadas de reinducción en el área de trabajo se capacitaron 15 personas de forma individual y 65 personas de forma grupal.

Para el mes de septiembre se elaboró la matriz de fortalecimiento como apoyo a la actualización del nuevo modelo MECI, según el decreto 943 de 2014, como aporte, el área de talento humano está actualizando el código de ética de la institución.

Se recomienda evaluar el cumplimiento de los principios que están contenidos en el código de ética y buen gobierno.

Desarrollo del talento humano

A continuación el cuadro muestra los avances efectuados en los programas que viene ejecutando el área de Talento Humano:

PROYECTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS ENERO – JUNIO 2014	EJECUCION	ASPECTOS RELEVANTES
PLAN DE BIENESTAR SOCIAL	BONO EDUCATIVO	100%	Contratada y ejecutada a satisfacción la actividad del Bono Educativo para los 37 beneficiarios hijos de los funcionarios que cumplen con este con los criterios de esta actividad
	ACTIVIDAD DE GRATITUD A LA VIDA	100%	Contratado para tal fin el suministro de torta de ¼ de libra y agenda institucional. A la fecha se ha entregado este reconocimiento a cada uno de los empleados de planta cuyo onomástico se ha celebrado de julio a octubre 2014. Contrato vigente hasta diciembre de 2014.

	ACTIVIDAD DE LA FUNCION OCUPACIONAL	100%	Contratado el suministro de una cena de reconocimiento a las diferentes profesiones y oficios de los funcionarios de planta de ESE CEO, actividad dividida en 3 fechas, estando ejecutada la correspondiente al tercer trimestre de 2014 (Julio - Octubre).
	ACTIVIDAD DEPORTIVA JORNADA NUEVOS TALENTOS	100%	Contratada y ejecutada a satisfacción la actividad jornada deportiva nuevos talentos
	JORNADA ANTIESTRES	0%	En proceso de evaluación y adjudicación en la oficina de contratación.
PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION	COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES	100%	Esta formación permite un vínculo afectivo del personal que se encuentra desempeñando sus actividades en la institución, dado que la llega a conocer y crece el sentido de pertenencia por la misma sintiéndose parte de ella. Por lo que durante el semestre se llevaron a cabo 31 capacitaciones.
	COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES	100%	Durante el semestre se programaron 9 capacitaciones las cuales se realizaron orientadas a esta área, 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
	AREA TECNICOCIENTIFICA	98%	Esta competencia fortalece y afianza los conocimientos propios de cada disciplina dentro de la organización, y durante el semestre se desarrollaron 6 capacitaciones.
	AREA TECNICA	100%	Se programaron 37 capacitaciones en el semestre comprendido de Julio a Octubre. Se fortaleció de manera individual en los procesos y procedimiento inherentes a la condición misional en la prestación de los servicios de salud.
	AREA INFORMATIVA	100%	Como organización y como entidad de servicios de salud debemos ir a la vanguardia de la tecnología y fortalecer al cliente interno en temas de tecnologías de la información (TICS), para la eficiencia y eficacia frente a los procesos internos y el tiempo que demanda la respectiva información. Durante el periodo comprendido entre julio a octubre de 2014 se programó 1 capacitación

Fuente: oficina asesora de talento humano

Dentro de los procedimientos que realiza talento humano viene efectuando el saneamiento de aportes patronales donde se

evidencio la siguiente gestión:

ENTIDAD	PERIODO	SITUADO / SGP	ACTIVIDAD	PERIODO
SALUD TOTAL	2013	SGP	Conciliado	AGOSTO
COOMEVA	2013	SGP	Conciliado	OCTUBRE
ISS - COLPENSIONES	2002-2012	SGP	Conciliado	OCTUBRE
POSITIVA	2.013	SGP	ACTA FIRMADA	SEPTIEMBRE

fuelle: oficina asesora de talento humano

Se recomienda continuar con las conciliaciones con el resto de fondos según plan de mejoramiento suscrito con el área y revisar la situación de los empleados de carrera administrativa cuyas funciones realizadas a la fecha no se encuentran estipuladas en el manual de funciones, recomendación que se viene efectuando anteriormente.

Estilo de dirección

El gerente en propiedad tiene un estilo para gerencial participativo y tendiente a empoderar al equipo y a fomentar la colaboración creativa.

La toma de decisiones se realiza por consenso de sus colaboradores y tienen en cuenta las opiniones e ideas de sus colaboradores.

Su rol se encuentra orientado hacer interfaz entre los grupos de trabajo para facilitar y coordinar las relaciones intra e intergrupales.

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

Se recomienda generar el respectivo acuerdo de gestión entre la subgerencia administrativa y gerencia con el fin de crear compromisos y establecer el cumplimiento de los objetivos estratégicos del plan de desarrollo.

Direccionamiento estratégico:

Planes y programas

En razón al cambio de gerente se cuenta con un nuevo plan de gestión aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo No 006, del 7 de mayo del presente año el cual se encuentra articulado con el plan de desarrollo.

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

PROYECTO	Apropiación vigente	Comprometido	Obligado	Avance financiero	Avance de obra	Ejecución presupuestal
Operativización de un proyecto CAIMI en su primera etapa	El proyecto se cofinancia entre Municipio de Neiva, Dirección de regalías y ESE CEO. La ESE Aporta \$234.141.000 con recursos del 2010. El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva. En cuanto a la dotación se tiene firmado un convenio por valor de \$ 517.631.364.62. Ya se efectuó la compra de equipos y recibo de los mismos.	\$ 234,141,000	\$ 234,141,000	\$ 234,141,000	100%	\$ 234,141,000
Operativización de un centro de salud de la Comuna 6	El proyecto se cofinancia entre Municipio de Neiva, Departamento del Huila y ESE CEO. La ESE Aporta \$1,017,703,749 con recursos del 2011. El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva. El proyecto ya está en operación por parte de la ESE CEO; está pendiente de la entrega formal. En cuanto a la dotación se tiene firmado un convenio por valor de \$ 1.296.103,440. La ESE ya efectuó la compra y recibo de los equipos, los cuales ya están en operación.	\$ 1,017,703,749	\$ 1,017,703,749	\$ 1,017,703,749	100%	\$ 1,017,703,749

Fuente: oficina asesora de planeación

PROYECTO	AVANCE
Elaboración de un diseño y proyecto del centro de salud comuna 10	Se inscribió en el plan bienal 2014-2015. Se tiene definido los posibles servicios que iría a prestar la ampliación del centro de salud, se estimaron los costos de diseño y construcción, se asignaron los recursos para contratar los diseños y presupuesto. Hasta el momento no se ha podido corregir las dificultades legales en la tenencia del lote, por lo cual no se ha iniciado el proceso contractual para la realización de los diseños.
Cofinanciación de un proyecto del centro de salud de la comuna 10	Hasta que no se realicen los diseños no se puede elaborar el proyecto y gestionar la cofinanciación.

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

Dentro del componente de salud ocupacional tenemos la siguiente gestión:

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Elaboración, ejecución y divulgación
Plan hospitalario de respuesta a emergencias hospital de Canaima	Actualización con base a criterio OPS.(organización panamericana de la salud)
Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud granjas	Actualización con base a criterio OPS.
Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud palmas	Actualización con base a criterio OPS.
Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud Eduardo santos	Actualización con base a criterio OPS.
Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud cándido	Actualización con base a criterio OPS.
Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud IPC	Actualización con base a criterio OPS.
Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud siete de agosto	Actualización con base a criterio OPS.
Sistema de vigilancia epidemiológica- radiaciones ionizantes	Actualmente se está a la espera de los resultados de laboratorio para establecer las medidas de control con lo que se inicia el Sistema de Vigilancia para radiaciones ionizantes.
valoraciones y exámenes medico ocupacionales al personal de planta	El proceso se está gestionando desde el mes de agosto, a la fecha programada el 100% de los funcionarios con un resultado de 50% de valoraciones, afectando el proceso para la elaboración de estadísticas e indicadores "Indicadores de prevalencia e incidencia".
Reuniones copasst	Acompañamiento a reuniones mensuales al Comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Mesas laborales ARL positiva	Se tiene consolidado el número de casos de enfermedades laborales en el archivo de salud ocupacional, siendo estos nueve (9) dados por enfermedad común, a los cuales se les hace avance y seguimiento
cumplimiento cronograma de actividades y capacitaciones – salud ocupacional 2014	Se da ejecución al cronograma de actividades y capacitaciones con un cumplimiento de 100% de las actividades programadas
investigación de accidentes de trabajo	Se realiza informe de accidentalidad trimestralmente, donde nos da como resultados 10 Accidentes de trabajo reportados e investigados con un diagnóstico del 70% por riesgo biológico y

	30% por ambiente de trabajo.
Matriz de identificación de peligros	Revisión por parte del área de salud ocupacional de las matrices entregadas por la ARL.
Profesiograma o matriz de exámenes médicos	Se realiza actualización del Profesiograma de la institución.
Actividades de promoción y prevención	Con el apoyo de la ARL POSITIVA a través de una fisioterapeuta, se llevaron a cabo las pausas activas e higiene postural a los funcionarios de la institución. Igualmente se trabajó con la EPS estilos de vida saludable para el mes de octubre.

fuentes: oficina de salud ocupacional

Se recomienda que la alta dirección tome medidas con el personal de planta para que acudan a la toma de laboratorios con el fin de establecer las medidas de control en el sistema de vigilancia.

Dentro del componente ambiente

PROCESO	MEJORA EJECUTADA
Capacitaciones En Temas Relacionados En: Sensibilización Ambiental, Segregación En La Fuente, Manejo De Residuos Hospitalarios, Calentamiento Global: Cambio Climático, Política Ambiental, <i>Uso Racional Y Eficiente De Energía. Orden Y Aseo, Manejo De Líquidos Laboratorio Y Rx</i>, Manejo De Materiales Peligrosos, Responsabilidad Personal Sobre Protección Ambiental, Medidas De Prevención, Corrección Y Mitigación De Impactos Ambientales Y Procedimientos De Respuesta A Emergencias Ambientales. Inspecciones de segregación en la fuente, Aseo de Canecas, Rutas Sanitarias y depósitos de residuos temporales.	Se realizaron 39 capacitaciones al personal Administrativo, asistencial y operativo. Se realizaron 24 inspecciones.
COMITÉ GESTIÓN AMBIENTAL	Se realizan las reuniones bimensuales con el fin de identificar los problemas actuales o potenciales relacionados a la Gestión Ambiental, Planeación y ejecución de actividades, medidas preventivas y correctivas de acuerdo a los hallazgos generados , se socializan los indicadores del área.
PROGRAMA DE POSCONSUMO	Se Hace Entrega Programa Posconsumo De Luminarias, Pilas, Llantas, Computadores Y Excedentes Industriales Ese Carmen Emilia Ospina. Con el fin de generar alternativas para las disposición final de los residuos generados en el programa y cumplir con un hallazgo generado por la Contraloría. Se recolectaron los residuos de Posconsumo los cuales fueron acumulados en un solo depósito temporal.
Reposición ,dotación y Rotulación de canecas de los centros de salud	Con el fin dar cumplimiento a las necesidades de cambio de canecas dañadas en la diferente sedes se realiza la reposición de canecas en mal estado. Se realiza la rotulación con el fin de dar cumplimiento al PGIRH de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA. Dotación de canecas del todo centro de salud CANAIMA con sus respectivos rótulos.

Elaboración y actualización de la ruta sanitarias.	Dando cumplimiento RESOLUCION 01164 DE 2002 Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares se elaboraron las rutas sanitarias de los centros de Salud faltantes y la actualización de los planos rutas Sanitarias del 2009. Con este proceso se dio la mejora al hallazgo generado por la contraloría.
Jordana de Ornato	Con el fin de genera una cultura y conciencia Ambiental se realizaron 3 jornadas de ornato en la sede Canaima logrando una positiva participación de los empleados.
Habilitación servicio de urgencias y hospitalización del centro de salud Canaima	Se atendió la vista Inspección, vigilancia y control en la salud pública instituciones prestadoras de servicio de salud de la secretaria de Salud Municipal con el fin de dar cumplimiento a los requisitos exigidos para la habilitación de los servicio de urgencias y hospitalización del centro de salud Canaima.
Programas Reciclaje	Se cumple con la meta establecida en la generación de reciclaje, la cual se ha llegado a lograr más de los kilogramos establecidos en la meta.

fuelle: oficina de gestión ambiental

Se recomienda continuar con las capacitaciones al personal asistencia y administrativo en la socialización de las rutas sanitarias y su respectivo cumplimiento.

Estructura organizacional

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

Se encuentra en ejecución el contrato cuyo objeto es la ejecución del estudio de viabilidad empresarial en los aspectos técnicos, administrativos, jurídicos, financieros, y operativos, que permitan el diseño integral y desarrollo de la prestación de los servicios de salud en la ESE Carmen Emilia Ospina”,

Administración del riesgo

La oficina asesora de control interno en el periodo de julio de 2014 a octubre de 2014 viene realizando el seguimiento a los controles de los riesgos de los procesos de: gestión gerencial, estrategias de intervención comunitaria, referencia y contrareferencia, servicios hospitalarios, sistema de información y atención al usuario, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicios ambulatorios, garantía de la calidad, bienes y servicios, vigilancia epidemiológica y gestión financiera.

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 a los líderes de proceso con su grupo de trabajo de referencia y contrareferencia, servicios hospitalarios, gestión gerencial y estratégica, gestión ocupacional y medio ambiente, garantía de la calidad, servicios ambulatorios, gestión financiera.

Se recomienda realizar revisión por parte de los líderes de procesos al mapa de riesgo de su proceso involucrando.

Subsistema de Control de Gestión

Actividades de control, políticas de operación, procedimientos y controles

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

A continuación se muestran los avances en las actualizaciones y mejoras a los procesos :

		FORMATO			
		RELACION DE PROCESOS			
	PROCESOS		CREADOS	MODIFICADOS	ELIMINADOS
1	GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA	1	1		
2	GARANTIA DE LA CALIDAD	2			
3	GESTION DEL CONTROL INTERNO	3	3	4	1

4	SERVICIOS AMBULATORIOS	4	2	2	6
5	INTERVENCION COMUNITARIA	5			
6	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	6		1	1
7	SERVICIO DE URGENCIAS	7	2	3	
8	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	8		1	
9	SERVICIOS HOSPITALARIOS	9	2		
10	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	10			
11	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	11		4	
12	GESTION FINANCIERA	12			
13	GESTION DE TALENTO HUMANO	13	15	12	2
14	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	14	1	1	
15	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN	15	5	1	

16	GESTION SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	16	17	19	
TOTAL			48	48	10

Fuente: oficina asesora de calidad

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

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

consolidado rondas de seguridad, código azul y código rojo

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

fuentes: oficina asesora de calidad

NA: No aplica

Se recomienda continuar con la implementación del PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE haciendo énfasis en el criterio de control del riesgo y ambiente seguro.

Igualmente el área de calidad concibe dentro de sus procedimientos el consolidado de reportes de eventos adversos y fallas de calidad, lo que genera mensualmente un dato estadístico de reporte y de intervención por parte de esta área para el manejo de los mismos.

A continuación se detalla el consolidado del periodo de julio a octubre de 2014:

Consolidado reporte de eventos adversos, fallas de calidad y otros

MES		JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
N° REPORTES		23	11	15	7
N° FALLAS DE CALIDAD		13	3	3	3
EVENTO ADVERSO	PREVENIBLE	9	1	9	4
	NO PREVENIBLE	1	3	3	
OTROS			4	2	
TOTAL EVENTOS ADVERSOS		10	4	12	4

Fuente: oficina asesora de calidad

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

Además se elaboraron y actualizaron con la colaboración de calidad: el manual de complicaciones anestésicas odontológicas, manual de atención al usuario, complicaciones odontológicas anestésicas más comunes.

La oficina de control interno actualizo el nomograma institucional.

Indicadores

Actualmente la ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con sesenta y cinco (65) indicadores en los diferentes procesos con veinticuatro (24) indicadores de eficacia, veintidós (22) de eficiencia y diecinueve (19) de efectividad. De los cuales están pendientes por reporte de información el indicador de productividad y frecuencia de uso, rendimiento que hacen parte del procedimiento de consulta externa y del proceso de gestión del talento humano está el indicador de reporte de accidentes de trabajo, la dependencia de TAB con los indicadores de oportunidad en traslado de urgencia vital, oportunidad traslado a nivel superior y traslado asistencia interno.

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

Información y comunicación publica

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 julio a octubre de 2014, la ESE Carmen Emilia Ospina ha dado cumplimiento a los lineamientos de la política de atención al ciudadano a través del mejoramiento de la calidad, accesibilidad, oportunidad, a través de la implementación de los siguientes mecanismos:

- El Grupo de Atención al Usuario es el encargado de brindar la atención presencial y telefónica a la ciudadanía, así como de coordinar y hacer seguimiento al trámite de las peticiones recibidas en la Entidad a través de los diferentes canales de comunicación habilitados para tal fin. También ha trabajado en coordinación con el área de tecnología de la información y comunicaciones para la integración de los canales de comunicación a través del nuevo software de

gestión documental SIMAD para la atención de las peticiones, quejas o reclamos.

- En la Página Web www.esecarmenemiliaospina.gov.co de la entidad, se encuentra el Link: PSQR. O buzón virtual mediante el cual los ciudadanos pueden hacer uso de sus derechos al realizar solicitudes, quejas o reclamos a la Entidad en línea.
- Dentro de las herramientas de participación Ciudadana se encuentra el centro de información y orientación donde los usuarios pueden tramitar el proceso de accesibilidad a los servicios de salud y orienta al usuario.
- Para facilitarle al usuario manifestar inconformidades y capacitarlos en deberes y derechos e información general de la entidad en la prestación de sus servicios, se cuenta con tres moderadores que se encuentran en las tres zonas de influencia de la entidad para reforzar la labor que se encuentra a cargo de las oficinas de atención al usuario.

Parte del componente de información primaria son las encuestas de satisfacción que para el cuatrimestre de julio a octubre de 2014 se encuestaron 9.266 usuarios de los cuales 9.083 usuarios están satisfechos y 183 insatisfechos; dando como resultado una satisfacción global del 97%; con ello se está cumpliendo con la meta que está en un 95%.

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

CONSOLIDADO INDICE DE SATISFACCION GLOBAL DE JULIO AOCTUBRE AÑO 2014					
MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	TOTAL
Encuestas Aplicadas	2310	2322	2316	2318	9266
Usuarios satisfechos	2286	2274	2254	2269	9083
Usuarios insatisfechos	24	48	62	49	183
Índice Satisfacción Usuario	98%	97%	97%	97%	97%
Índice de Insatisfacción Usuario	2%	3%	3%	3%	3%

fuelle: oficina SIAU

Según los resultados arrojados por las encuestas de satisfacción global en el cuatrimestre de julio a octubre de 2014, el único servicio que no alcanzo la meta del indicador de satisfacción fue el servicio de facturación quedando con un 93.5%; todos los demás servicios están por encima de la meta del 95% planteada por la oficina asesora de calidad para el indicador de satisfacción. A continuación la tabla detalla los resultados por servicios:

INDICE DE SATISFACCION POR SERVICIOS

SERVICIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
ATENCION PARTOS	97%	100%	100%	100%
LABORATORIO	100%	100%	100%	98%
HOSPITALIZACION	100%	100%	100%	100%
HIPERTENSION	100%	100%	98%	98%
URGENCIAS	100%	99%	95%	96%
SERVICIOS GRALES	100%	99%	99%	99%
ECOGRAFIAS	100%	100%	100%	100%
FARMACIA	99%	96%	98%	95%
ODONTOLOGIA	99%	99%	99%	98%
MEDICINA GENERAL	98%	96%	100%	99%
ARCHIVO	100%	100%	100%	100%
FACTURACION	93%	92%	95%	94%
RX	100%	100%	100%	100%
PYP	99%	98%	98%	99%

fuelle: oficina SIAU

Los servicios de hospitalización, archivo, ecografías y RX lograron un cumplimiento del 100%; atención partos, laboratorio, hipertensión, servicios generales registran un índice superior o igual al 99%; los servicios de pyp, odontología, y medicina general obtuvieron un índice por encima del 98%; los servicios de urgencias y farmacia se encuentran por encima o igual al 97%.

Con relación a los servicios que no lograron la meta para el cuatrimestre de julio a octubre de 2014 fue facturación con un 93.5% con incumplimientos en los meses de julio, agosto y octubre de 2014.

Para el periodo de julio a octubre de 2014 aumentaron en un 30.2% las Peticiones Quejas y Reclamos pasando de 30 para el periodo de marzo a junio de 2014 a 43 PQR de julio a octubre de 2014. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA							
CONSOLIDADO QUEJAS DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2014							
	SIETE DE AGOSTO	PALMAS	IPC	SANTA ISABEL	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	TOTAL
JULIO	3	0	2	8	4	4	21
AGOSTO	1	0	0	5	0	1	7
SEPTIEMBRE	5	0	1	3	1	1	11
OCTUBRE	1	0	0	1	1	1	4
TOTAL	10	0	3	17	6	7	43

Fuente: SIAU

La oportunidad en la contestación de las quejas quedo en un 100% para el periodo de julio a octubre de 2014. Sobre el particular cabe aclarar que las respuestas a las PQR dentro de los quince días siguientes se realiza de forma escrita la cual cumple en un 100%; sin embargo algunas respuestas son enviadas a los correos electrónicos de los usuarios cuando estos manifiestan; sin embargo treinta y cuatro (34) respuestas se contestaron extemporáneamente por este medio.

Los principales motivos de quejas son mala actitud del personal, los pendientes de medicamentos y tiempos de espera prolongados en el área de urgencias.

Se recomienda establecer una estrategia de control y seguimiento a las PQR interpuestas por el usuario en el nuevo software de gestión documental, al igual que mejorar la participación del área rural con el fin de implementar los procesos de SIAU establecidos por la entidad.

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:

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
TIC - SISTEMAS INFORMATICOS	Actualización, y puesta en marcha de 300 licencias de Antivirus NOD32, que permiten la detección proactiva contra todo tipo de códigos maliciosos como virus, gusanos, troyanos, adware, phishing, rootkits y otras amenazas tanto conocidas como desconocidas, sin comprometer la velocidad de los equipos y recursos de red.
	Compra de 25 licencias para el personal administrativo, de office 2013 Pro Plus.

	Compra de 79 equipos de escritorio, para dotar el hospital de la comuna 6 (43) y para actualización tecnológica de las demás sedes (36).
	Compra de 17 equipos portátiles de renovación tecnológica.
	Se realizó el tercer mantenimiento preventivo a todos los equipos de cómputo de la ESE CEO, durante el mes de septiembre de 2014 según lo programado en cronograma actual de mantenimiento.
	Interconexión por radio enlaces de la sede de SAN FRANCISCO Y VEGALARGA con la sede central de GRANJAS.
COMUNICACIÓN	Compra de 16 monitores industriales, carteleras digitales para el Hospital Canaima.
	Actualización diaria de la página web, intranet, de acuerdo a los boletines publicados.
	Diseños y publicaciones corporativos de escritorio de los computadores de la ESECEO, con periodicidad semanal y eventual.
	Adquisición, diseño de material publicitario corporativo (pendones, volantes, plegables, etc.) para el posicionamiento de la empresa.
	Jornadas de perifoneo informativos en la comunas de Neiva, para eventos corporativos de la ESECEO y jornadas de vacunación.
	Ejecución del 90% del plan de medios
	Compra de material publicitario pro 15 años

	Acompañamiento continuo a cada uno de los eventos realizados por la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, internos y externos
GESTION DOCUMENTAL	Digitalización del 60% de documentos correspondientes a la auditoria de medicamentos y archivo central en el módulo del aplicativo SIMAD.
	Digitalización de contratos de prestación de servicios del año 2014 del área de contratación con todos sus soportes, tales como cuentas, soporte, pagos y actas respectivas en el módulo del archivo central del aplicativo SIMAD.

fuelle: oficina de sistemas

La Oficina asesora de Control Interno efectúa seguimiento semestral al trámite y respuesta oportuna a los Derechos de Petición allegados a la Entidad, donde se recomienda establecer un control en las respuestas a derechos de petición en razón a que se encontraron 13 respuestas extemporáneas de derechos de petición reportadas por la secretaria de gerencia y la persona encargada del SIMAD.

Subsistema de Control de Evaluación

Autoevaluación del control y de la gestión

La oficina de calidad realiza seguimiento sistemático de trazabilidad a los indicadores por procesos. Falto realizar la autoevaluación de habilitación por razones de cambio en la normatividad en instituciones de salud. A raíz de la actualización del nuevo MECI, la oficina de control interno diseño las listas de chequeo para las autoevaluaciones a los procesos por parte de los líderes de los mismos.

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

Autoevaluación independiente

La gestión realizada por la oficina asesora de control interno de julio a octubre de 2014 ha estado en caminata a cumplir con los informes de ley entre los que se presentaron están:

- Se realizó y público en la web el informe cuatrimestral de control interno para el periodo de marzo a junio de 2014.
- Se realizó y público en la Web el seguimiento al plan anticorrupción del periodo de mayo - agosto de 2014.
- Informes de austeridad y eficiencia del gasto público para el trimestre comprendido entre por los meses de abril a junio y de julio a septiembre de 2014.
- Elaboración informe de la oficina de SIAU. Ley 1474 de 2011

Auditorias

La oficina asesora de control interno ha venido desarrollando el plan de auditorías anual conjuntamente con el área de calidad que para el cuatrimestre de julio a octubre de 2014 se ha cumplido en un 100% según las auditorias programadas. Para el cuatrimestre la oficina de control interno efectuó las siguientes auditorias:

- Proceso de vigilancia epidemiológica
- Subproceso de infraestructura y equipos
- Proceso de referencia y contrareferencia
- Proceso de servicios hospitalarios
- Proceso de servicios de urgencias

A partir del mes de septiembre se ha venido realizando despliegue de toda la documentación que hace parte del programa de seguridad del paciente con el fin de dar cumplimiento a las actividades plasmadas PAMEC

Se recomienda continuar dando cumplimiento al programa anual de auditorías programadas por el área de calidad con el fin de realizar seguimiento continuo a las características del SOGC y procesos de la entidad.

Planes de mejoramiento

La oficina asesora de control interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas. Para el mes de agosto realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de:

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO				
PROCESO	No DE ACCIONES PROPUESTAS	No DE ACCIONES CUMPLIDAS	No DE ACCIONES SIN CUMPLIR	No DE ACCIONES POR VENCER
CAJA MENOR	5	3	2	0
ALMACEN	3	3	0	0
URGENCIAS IPC	8	8	0	0

ODONTOLOGIA SANTA ISABEL	3	3	0	0
ODONTOLOGIA IPC	5	4	1	0
SALUD OCUPACIONAL	5	5	3	2
IMÁGENES ECOGRAFIAS	3	2	1	0
MEDIO AMBIENTE	10	10	0	0
TALENTO HUMANO	21	7	0	14
CARRO DE PARO 7 CENTRO DE SALUD CARRO DE PARO	5	5	0	0
FARMACIA	7	6	1	0
CALIDAD	10	10	0	0
FINANCIERA	13	10	3	0
TOTAL	98	76	11	16

Así mismo las dependencias de subgerencia administrativa y financiera, referencia y contrareferencia, urgencias, hospitalarios se encuentra elaborando el plan de mejoramiento producto de la auditoría realizada a estos procesos efectuados en el periodo de junio a septiembre de 2014.

Se recomienda que la elaboración de los planes de mejoramiento sean articulados con las dependencias de calidad o control interno; también generar planes de mejoramiento en los incumplimientos de metas o compromisos con el personal contratista según los seguimientos realizados por las interventorías.

LINA MARIA VASQUEZ DIAZ

Coordinadora de control interno