

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

Oficina de Control Interno.	LINA MARÍA VÁSQUEZ DÍAZ	Período evaluado: 01/03/2015 al 30/06/2015
		Fecha de elaboración: 14/07/2015

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 147 de 2011.

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION

1.1 COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos

Mediante Resolución No. 293 del 29 de Septiembre 2014, se adoptó los códigos de Buen Gobierno y de Ética de la ESE Carmen Emilia Ospina y el cual se encuentra debidamente ejecutoriado y publicado en la WEB. En el proceso de inducción se ha socializado el Código de Ética y Buen Gobierno a los funcionarios.

Se realizaron 11 jornadas de inducción de forma grupal a 90 personas entre los meses de Marzo a Junio de 2015.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

1 Plan Institucional de Capacitación: Mediante Resolución No. 029 del 11 de Febrero 2015, se adopta el Plan Anual de Capacitación para la vigencia 2015. Para el periodo de marzo a junio del 2015 se realizaron 50 capacitaciones con una participación de 512 funcionarios.

Competencias organizacionales. Permiten un vínculo afectivo del personal que está vinculado a la institución, dado que la llega a conocer y crece el sentido de pertenencia por la misma sintiéndose parte de ella. Por el periodo evaluado se llevaron a cabo 17 capacitaciones donde se fortalecía esta competencia, con una participación de 96 funcionarios.

Competencias comportamentales: Se llevaron a cabo 12 capacitaciones orientadas a esta área, contando con la participación de 144 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 15 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia, participaron 219 personas en esta área.

Competencias Técnica científica: Esta competencia desarrolla habilidades y destrezas propias de cada disciplina dentro de la organización, y durante el semestre se desarrollaron 6 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia, participaron 85 personas en esta área.

2 Plan de Bienestar Social: Mediante Resolución No. 071 del 11 de marzo del 2015 se aprobó el plan de Bienestar Social por la vigencia 2015. Las actividades realizadas en el periodo de marzo a junio del 2015 fueron:

PROYECTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS MARZO – JUNIO 2015	EJECUCION	ASPECTOS RELEVANTES
PLAN DE BIENESTAR SOCIAL	AUXILIO FUNERARIO	100%	Actividad realizada durante el mes de Marzo con proceso de contratación desarrollado y ejecutado en su totalidad.
	BONO EDUCATIVO	100%	Contratada y en proceso de ejecución con Almacenes YEP.
	CONMEMORACION DIA DEL TRABAJO	100%	Actividad realizada durante el mes de Mayo con proceso de contratación desarrollado y ejecutado en su totalidad.
	ACTIVIDAD DE GRATITUD A LA VIDA	100%	Contratado para tal fin el suministro de torta de ¼ de libra y gorra con logo institucional. A la fecha se ha entregado este reconocimiento a cada uno de los empleados de planta cuyo onomástico se celebra de enero a junio de 2015. Contrato vigente hasta diciembre de 2015.
	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 primer semestre.
	ACTIVIDAD CULTURAL DE VINCULO SOCIAL REGIONAL	100%	Contratada y ejecutada a satisfacción la actividad cultural de vinculo social regional.

3 Evaluación de desempeño: En el área de Talento Humano se desarrollaron evaluaciones parciales al personal de planta, en carrera administrativa (51), en razón a los cambios de los jefes de zona.

El siguiente es el concepto de la Comisión Nacional del Servicio Civil respecto al tema del personal asistencial que se encuentra desarrollando funciones administrativas:

Por lo anterior, en concepto de esta Dirección Jurídica y bajo el criterio de la dirección de la entidad, se pueden asignar funciones de auditoría médica a un funcionario de carrera administrativa que se desempeña como médico general, siempre y cuando estas se encuentren, dentro de los límites que establece la Constitución y la ley, y siempre que se ajusten a las fijadas para el cargo; lo contrario conllevaría a desnaturalizar la finalidad para la cual éste se creó.

4 Saneamiento de Aportes Patronales: Se viene efectuando el saneamiento de aportes patronales donde se evidencio la actualización del plan de contingencia para la vigencia del 2015. En el periodo en estudio de Marzo a Junio del 2015 -. Se firmó con ARL Positiva la vigencia del 2014, se solicitaron los estados de cuentas con MAPEO de los fondos de Cesantías y pensiones de Colfondos Porvenir y Horizonte. Con CAFESALUD EPS se continúa la revisión del 2013 por diferencia de aplicación de incapacidades y se está en el proceso de conciliación del 2014, así mismo Golden Group se está en proceso de conciliación 2013.

Se creó el procedimiento de Saneamiento de Aportes Patronales como plan de mejora.

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

La alta dirección de la ESE Carmen Emilia Ospina ha asistido a las siguientes capacitaciones en el periodo en estudio:

Resolución 078 del 19-03-15 – “Proceso de Radicación y Auditoria y Proceso de Implementación de Normas Internacionales en Salud” - participo: Dra. Alma Yseht Gutierrez y Dra. Gina Gerardino (medica)

Resolución 070 del 10-03-15- “Novedades en la Contratación Estatal” - participaron: Dra. Alma Yiseht Gutiérrez (Subgerente) – Dra. Carmen Jaimine Mosquera (Almacenista) y Dr. Henry Camacho (Tesorero)

Resolución 092 del 14-04-15 – “V Congreso Nacional en Sistemas de Gestión relacionados con Talento Humano” - participantes: Dra. Carmen Jaimine Mosquera (Almacenista) y Dr. Henry Camacho (Tesorero)

Resolución 095 del 21-04-15 – “XVI Congreso Medico Latinoamericano de Atención y Cuidado Primario” - participante: Jesús María Gorron (medico)

Resolución 105 del 13-05-15 – “Taller Normas Internacionales” - como elaborar el balance de apertura bajo el nuevo marco técnico normativo de la Contaduría General de la Nación para empresas que no cotizan en el mercados de valores” - participantes: Dra. Carmen Jaimine Mosquera (Almacenista).

Resolución No. 0127 del 19-05-2015 – “Comunicación Asertiva, Trabajo En Equipo, Coaching y Sentido de Pertenencia” - participante: Dr. David Andrés Cangrejo Torres (Gerente)

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

Para reconocer el desempeño y crear más compromiso en el cumplimiento de los objetivos institucionales se generó el respectivo acuerdo de gestión entre la subgerencia administrativa y financiera y la gerencia el cual se ha venido evaluando periódicamente con el fin de establecer el cumplimiento de los objetivos estratégicos del plan de desarrollo.

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

El plan de gestión aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo No 006, del 7 de mayo del 2014 el cual se encuentra articulado con el plan de desarrollo y cuyo porcentaje de cumplimiento fue del 94%

1. Avances de los proyectos de inversión:

a. Operativización de un Proyecto CAIMI en su Primera Etapa: El proyecto se cofinancia entre Municipio de Neiva, Dirección de regalías y ESE CEO, aportando este \$234.141.000 con recursos de la vigencia fiscal 2010. El ejecutor del proyecto es el Municipio de Neiva que a la fecha no ha podido legalizar ante la Dirección de Regalías la ejecución del proyecto En cuanto a la dotación ya se ejecutó el convenio suscrito con el Municipio de Neiva por valor de \$ 517.631.364.62. Ya se efectuó la compra de equipos y recibo de los mismos.

Comprometido	Obligado	Avance financiero	Avance de obra	Ejecución presupuestal
\$ 234.141.000	\$ 234.141.000	\$ 234.141.000	100%	\$ 234.141.000

b. Operativización de un Centro de Salud de la comuna 6: El proyecto ya se ejecutó y se encuentra en operación.

Comprometido	Obligado	Avance financiero	Avance de obra	Ejecución presupuestal
\$ 1.017.703.749	\$ 1.017.703.749	\$ 1.017.703.749	100%	\$ 1.017.703.749

c. 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. 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.

d. 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.

2. Componente de salud ocupacional:

a. Informe de accidentalidad: Se realizó investigación de los accidentes de trabajo durante el 2015 para identificar oportunidades de mejoramiento que pueden ser implementadas por la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, con el objeto de mejorar los niveles de seguridad industrial, y por ende disminuir y controlar la accidentalidad en las diferentes áreas

b. Inspecciones de seguridad: Dando cumplimiento a los cronogramas de salud ocupacional realizaron inspecciones de seguridad en los Centros de Salud zona rural y urbana (marzo – junio), donde se dan los parámetros necesarios para diseñar e implementar actividades, controles y/o procedimientos que permitan a los trabajadores preservar sus condiciones de salud y a la ESE disminuir las tasas de accidentalidad y ausentismo laboral, se establecen planes de acción tendientes a mejorar, corregir y hacer seguimiento a los hallazgos encontrados, tomando la siguiente metodología.

En las inspecciones de seguridad se tuvo en cuenta:

Inspecciones de instalaciones

Inspecciones de orden y aseo

Inspecciones de EPP

Inspecciones de equipos y herramientas críticas

Inspecciones de vehículos

Inspecciones a extintores

Inspecciones a botiquines de primeros auxilios

- c. **Matriz de identificación de peligros:** Se inicia con la actualización de las matrices de identificación de peligros del Centro de Salud de Granjas.
- d. **Acompañamiento y asesoramiento al copasst:** Se continuó con las reuniones mensuales del comité paritario de Seguridad y salud en el trabajo. Y se realizó elección al nuevo comité.
- e. **Plan de formación:** Se realizó inducción a todo el personal que ingrese a la institución, dando a conocer temas relacionados con Normas de Bioseguridad, Salud Ocupacional accidentes e incidentes de trabajo, copasst, normatividad legal. Se da continuidad con la ejecución del cronograma de capacitaciones de la Institución.
- f. **Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud:** Se realizó conformación, capacitación y entrenamiento de las brigadas de emergencias por cada Centro de Salud de la ESE Carmen Emilia Ospina.
- g. **Plan Estratégico de Seguridad Vital:** Se da inicio con la implementación según normatividad legal vigente (Ley 1503 de 2011), fue reglamentada mediante el Decreto No.2851 de 2013, según el cual, toda organización, empresa o entidad pública o privada que ejerza su actividad dentro del territorio colombiano, en cabeza de sus presidentes, directores o gerentes, deberá liderar el proceso de creación e implementación de su Plan Estratégico de Seguridad Vial.
- h. **Matriz de Requisitos Legales:** Se realiza actualización de normograma de la Institución, ajustándolo a la normatividad legal vigente
- i. **Exámenes médicos ocupacionales:** Dando cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 se continuó con la realización de evaluaciones médicas ocupacionales, periódicos, retiro, post incapacidad y reubicación laboral, para determinar probables enfermedades de origen laboral adquiridas durante el tiempo laborado en la compañía y el estado de salud a la terminación del contrato a la "E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA".
- j. **Matriz de exámenes ocupacionales:** Se realiza actualización del profesiograma de la Institución para la realización de los exámenes ocupacionales.
- k. **Diagnóstico de condición de salud:** Realizado los exámenes ocupacionales se realiza diagnóstico de condición de salud del personal de planta como requisito establecido en el artículo 18 de la resolución 2346 de 2007.

- l. Programas de prevención y promoción en salud:** Como parte de los programas de prevención y promoción en la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA desarrolla las siguientes actividades:

Campañas de prevención de alcoholismo, drogadicción y tabaquismo.

Se realizó actividad de conservación visual, valoración optométrica a los funcionarios de la institución con el fin de evaluar la salud de los trabajadores.

- m. Pausas activas:** Dentro de las estrategias de intervención que se desarrollan en la institución se encuentran los programas de higiene postural y una de las acciones implementadas en ergonomía son las Pausas Activas, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo y comportamientos saludables frente a los factores de riesgo ocupacionales, Con el acompañamiento de la ARL Positiva se desarrollaron actividades con los funcionarios de la E.S.E como pausas activas asistidas por salud ocupacional en puestos de trabajo.

- n. Riesgos Psicosocial:** En acompañamiento de la ARL Positiva, se realiza aplicación de baterías para la evaluación de riesgos psicosociales a una muestra aleatoria estratificada de trabajadores de planta conforme a la resolución 2646 de 2008.

- o. Programa de Vigilancia de la Salud para la protección de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes:** Se realiza PVE para radiaciones ionizantes con el fin de establecer los lineamientos para garantizar la vigilancia epidemiológica permanente de la población ocupacionalmente expuesta al factor de riesgo radiaciones ionizantes, identificando las alteraciones y de esta manera hacer posible una intervención oportuna e integral, mediante estrategias sistemáticas de control del riesgo.

- p. Programa de Vigilancia de la Salud para la protección de los trabajadores expuestos a peligros biológicos:** Se realiza PVE de riesgo biológico con el fin de asegurar que los funcionarios trabajen bajo procedimientos seguros con el fin de evitar accidentes de trabajo por riesgo biológico.

Se recomienda que haya mayor participación del personal de la Institución en las actividades que se programan, las cuales redundaran en el logro de los objetivos.

3. Componente ambiental:

- a. Capacitaciones:** Se realizaron 36 capacitaciones al personal Administrativo, asistencial y operativo. En Temas Relacionados En: Sensibilización Ambiental, Segregación En La Fuente, Manejo De Residuos Hospitalarios, Calentamiento Global: Cambio Climático, Política Ambiental, Uso Racional Y Eficiente De Energía. Orden Y Aseo, Manejo De Líquidos Laboratorio Y Rx, 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.
- b. Inspecciones:** Se realizaron 31 inspecciones de segregación en la fuente, Programas Ambientales, Sistema de Gestión Ambiental, Aseo de Canecas, Rutas Sanitarias y depósitos de residuos temporales.
- c. 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. En el periodo estudio se realizó un comité de Gestión Ambiental.
- d. Reposición 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 y la reposición con el nuevo lote que falta por descargar en el área de almacén. Se realiza la rotulación/reposición de los rótulos en mal estado por las diferentes sedes de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA
- e. Programas reciclaje:** Se cumple con la meta establecida en la generación de reciclaje en los meses de abril y mayo con un promedio del 31.5%, mientras que en el mes de Junio del 2015 el promedio fue del 18.5%, no alcanzando la meta del 30%. A partir del mes de enero del presente año no dejan reciclar frascos de penicilina, se solicita al área de calidad el cambio de indicadores al 20% debido a no poder reciclar algunos de los residuos
- f. Pos consumo:** Recolección y Entrega de luminarias y pilas para la adecuada disposición final a la empresa SODIMAC HOMECENTER en su campaña RECOPILA, resultando compensación ambiental responsable con el medio ambiente y entidad

g. Programas ambiental: En aplicación al plan de acción del 2015, se realizaron los programas ambientales como Uso eficiente del agua, Uso eficiente de la Energía, Arbóreo y paisajístico, y Control integral de plagas y vectores, los cuales fueron remitidos al área de calidad y a la espera de los contratos de publicidad y fondos provenientes del programa de reciclaje, para su implementación.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

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

PROCESO	MEJORA EFECTUADA
1. GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA	
Planeación	
Comunicaciones	
Defensa Judicial	
2. GESTIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	
Gestión de la información	
Gestión de habilitación	
PAMEC	
Seguridad del paciente	
Gestión de acreditación	
Evaluación y seguimiento	
Aprendizaje institucional	
3. GESTIÓN DEL CONTROL INTERNO	
Gestión del control interno	
4. SERVICIOS AMBULATORIOS	
Medicina general	
Odontología	SA-S2P1-V3 ATENCION URGENCIAS ODONTOLOGICAS SA-S2P2-V3 ATENCION ODONTOLOGICA PROGRAMADA SA-S2P3-V3 ATENCION PRIORITARIA SA-S2P4-V1 ESTERILIZACION ODONTOLOGICA SA-S2P5-V1 FACTURACION SERVICIOS ODONTOLOGICOS SA-S2G5-V2 GUIA DE CARIES DENTAL SA-S2G6-V2 GUIA DE PATOLOGIAS PERIODONTALES SA-S2D17-V1 PROTOCOLO DE DIENTE AVULSIONADO SA-S2D18-V1 DIAGNOSTICOS DE ODONTOLOGIA CIE 10 SA-S2F3-V1 CONTROL QUIMICO DE ESTERILIZACION ODONTOLOGIA SA-S2F4-V1 CONTROL BIOLÓGICO DE ESTERILIZACION ODONTOLOGIA
5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	
Detección Temprana y Protección Específica	
IAMI	
Programas Especiales	

Riesgo Cardiovascular	
Contratos Interadministrativos	
6. SERVICIO DE URGENCIAS	
Gestión del Servicio de Urgencias	SU-S1P3-V5 ATENCION DEL SERVICIO DE URGENCIAS SU-S1P7-V1 CUSTODIA DE PERTENENCIAS DEL PACIENTE SU-S1G15-V1 GUIA LINEAMIENTOS MANEJO PACIENTES VIRUS CHIKUNGUNYA SU-S1G16-V1 GUIA LINEAMIENTOS VIGILANCIA VIRUS CHIKUNGUNYA SU-S1D3-V3 PROTOCOLO MANEJO DE CARRO DE PARO SU-S1D32-V1 ALGORITMO CHICUNGUÑA SU-S1D33-V1 PROTOCOLO DE ATENCION VIOLENCIA SEXUAL SU-S1F27-V1 FORMATO DE CONSUMO DE OXIGENO SU-S1F28-V1 INVENTARIO DE PERTENENCIAS DEL PACIENTE
7. SERVICIO HOSPITALARIOS	
Hospitalización Baja Complejidad	SH-S1P1-V2 GESTION ADMINISTRATIVA SH-S1P7-V1 CUSTODIA DE PERTENENCIAS DEL PACIENTE SH-S1F17-V1 FORMATO DE CONSUMO DE OXIGENO SH-S1F18-V1 INVENTARIO DE PERTENENCIAS DEL PACIENTE
Obstetricia Baja Complejidad	SH-S2P1-V3 GESTION ADMINISTRATIVA
8. APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO	
Imagenología	
Laboratorio Clínico	
Laboratorio de Citologías	
Soporte terapéutico	
9. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	
Monitoreo clínico epidemiológico	VE-S1D5-V1 PROTOCOLO ACCIDENTE OFIDICO VE-S1D6-V1 PROTOCOLO BAJO PESO AL NACER VE-S1D7-V1 PROTOCOLO CANCER INFANTIL VE-S1D8-V1 PROTOCOLO CHANGAS VE-S1D9-V1 PROTOCOLO COLERA VE-S1D10-V1 PROTOCOLO CONSUMO DE ANTIBIOTICOS VE-S1D11-V1 PROTOCOLO CREUTZFELD VE-S1D12-V1 PROTOCOLO DEFECTOS CONGENITOS VE-S1D13-V1 PROTOCOLO DENGUE VE-S1D14-V1 PROTOCOLO DIFTERIA VE-S1D15-V1 PROTOCOLO ENFERMEDAD DIARREA AGUDA VE-S1D16-V1 PROTOCOLO ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS VE-S1D17-V1 PROTOCOLO ESAVI VE-S1D18-V1 PROTOCOLO EXPOSICION FLUOR VE-S1D19-V1 PROTOCOLO FIEBRE AMARILLA VE-S1D20-V1 PROTOCOLO FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA VE-S1D21-V1 PROTOCOLO HEPATITIS A VE-S1D22-V1 PROTOCOLO HEPATITIS B Y C Y DELTA VE-S1D23-V1 PROTOCOLO INFECCION RESPIRATORIA AGUDA VE-S1D24-V1 PROTOCOLO INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS VE-S1D25-V1 PROTOCOLO INTOXICACIONES VE-S1D26-V1 PROTOCOLO LEISHMANIASIS VE-S1D27-V1 PROTOCOLO LEPROA VE-S1D28-V1 PROTOCOLO LEPTOSPIROSIS VE-S1D29-V1 PROTOCOLO LESIONES POR POLVORA VE-S1D30-V1 PROTOCOLO LEUCEMIAS VE-S1D31-V1 PROTOCOLO MALARIA

	VE-S1D32-V1 PROTOCOLO MENINGITIS VE-S1D33-V1 PROTOCOLO MORBILIDAD MATERNA EXTREMA VE-S1D34-V1 PROTOCOLO MORTALIDAD DESNUTRICION VE-S1D35-V1 PROTOCOLO MORTALIDAD MATERNA VE-S1D36-V1 PROTOCOLO MORTALIDAD NEONATAL Y PERINATAL VE-S1D37-V1 PROTOCOLO ONCOCERNOSIS VE-S1D38-V1 PROTOCOLO PARALISIS FLACIDA AGUDA VE-S1D39-V1 PROTOCOLO PAROTIDITIS VE-S1D40-V1 PROTOCOLO RABIA VE-S1D41-V1 PROTOCOLO RESISTENCIA BACTERIANA VE-S1D42-V1 PROTOCOLO ROTAVIRUS VE-S1D43-V1 PROTOCOLO SARAMPION RUBEOLA VE-S1D44-V1 PROTOCOLO SIFILIS GESTACIONAL CONGENITA VE-S1D45-V1 PROTOCOLO SINDROME RUBEOLA CONGENITA VE-S1D46-V1 PROTOCOLO TETANOS ACCIDENTAL VE-S1D47-V1 PROTOCOLO TETANOS NEONATAL VE-S1D48-V1 PROTOCOLO TOS FERINA VE-S1D49-V1 PROTOCOLO TUBERCULOSIS VE-S1D50-V1 PROTOCOLO TUBERCULOSIS PERSISTENTE VE-S1D51-V1 PROTOCOLO VARICELA VE-S1D52-V1 PROTOCOLO VIH SIDA VE-S1D53-V1 PROTOCOLO VIOLENCIA CONTRA LA MUJER
10. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	
Línea de Frente	
Monitoreo de servicios	SIU-S2P5-V1 ASIGNACION DE CITAS
Participación Ciudadana	
11. GESTION FINANCIERA	
Presupuesto	
Cartera	
Costos	
Contabilidad	
Tesorería	
Facturación	GF-S5P1-V2 PARAMETRIZACION CONTRATOS DEL SERVICIOS DE SALUD GF-S5P2-V1 FACTURACION SERVICIOS AMBULATORIOS IMAGENOLOGIA Y LABORATORIOS GF-S5P3-V2 FACTURACION SERVICIOS AMBULATORIOS-CONSULTA EXTERNA GF-S5P4-V2 FACTURACION CONSULTA EXTERNA-ZONA RURAL GF-S5P5-V2 FACTURACION ACTIVIDADES P Y P GF-S5P6-V2 FACTURACION HIGIENE ORAL EXTRAMURAL GF-S5P7-V2 FACTURACION HIGIENE ORAL INTRAMURAL GF-S5P8-V2 FACTURACION URGENCIAS GF-S5P12-V2 REVISION ADMINISTRATIVA FACTURACION GF-S5P13-V2 ANULACION DE FACTURAS GF-S5P14-V2 FACTURACION RECAUDO CONSIGNACION DE DINERO GF-S5P15-V3 ANULACION DE INGRESOS ABIERTOS GF-S5F1-V1 FORMATO DE COMPROBACION DE SERVICIOS RECIBIDOS POR EL USUARIO GF-S5F3-V1 REGISTRO DE INSUMOS DE ENFERMERIA GF-S5F4-V1 PAZ Y SALVO DE EGRESO GF-S5F5-V1 FORMATO DE DIRECCIONAMIENTO PARA AFILIACION AL REGIMEN DE SGSSS GF-S5F6-V1 LISTA DE CHEQUEO PARA FACTURACION MODALIDAD EVENTO
12. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	

Administración del personal	GTH-S1F4-V2 NOVEDADES DE PERSONAL GTH-S1F48-V2 EVALUACION INDUCCION GENERAL GTH-S1F50-V1 LISTA DE CHEQUEO APOYO ADMINISTRATIVO GTH-S1F51-V1 LISTA DE CHEQUEO APOYO ASISTENCIAL MEDICOS GTH-S1F52-V1 CERTIFICADO DE PERMANENCIA GTH-S1F53-V1 SOLICITUD VIATICOS Y COMISION GTH-S1F54-V1 ENTREVISTA ESE CEO GTH-S1F55-V1 PRUEBA WARTEGG GTH-S1F56-V1 AUTORIZACION DE CERTIFICADO PARA VERIFICACION DE TITULO
Desarrollo institucional	GTH-S2F11-V1 EVALUACION DE CAPACITACION GTH-S2F12-V1 NOTIFICACION DE EVALUACION DE DESEMPEÑO DEFINITIVA GTH-S2F13-V1 EVALUACION DE ACTIVIDADES DEL BIENESTAR SOCIAL
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	
15. GESTION DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	
Salud ocupacional	SOA-S1F23-V1 MATRIZ DE EXAMENES OCUPACIONALES
Gestión ambiental	
Gestión central de esterilización	SOA-S3P1-V1 RECEPCION, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE INSTRUMENTAL SOA-S3P2-V1 ESTERILIZACION Y TRANSPORTE DE MATERIAL ESTERIL SOA-S3M1-V1 MANUAL DE ESTERILIZACION SOA-S3G1-V1 GUIA LAVADO MANUAL DE INSTRUMENTAL SOA-S3G2-V1 GUIA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE RECIPIENTES SOA-S3G3-V1 GUIA LAVADO DE MANOS ESTERILIZACION SOA-S3F1-V1 RECIBO DE MATERIAL PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN SOA-S3F2-V1 CONTROL DE ENTREGA Y RECIBIDO DE MATERIAL ESTERIL SOA-S3F3-V1 CONTROL DE PRODUCCION DE ESTERILIZACION SOA-S3F4-V1 FORMATO DE MONITOREO DE ESTERILIZACION
16. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
Referencia y contra referencia	
TAB	

		FORMATO			
		RELACION DE MODIFICACIONES DE LOS PROCESOS			
Nº	PROCESOS	Nº	CREADOS	MODIFICADOS	ELIMINADOS
1	GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA	1			
2	GARANTIA DE LA CALIDAD	2			
3	GESTION DEL CONTROL INTERNO	3			
4	SERVICIOS AMBULATORIOS	4	4	7	2
5	INTERVENCION COMUNITARIA	5			
6	SERVICIO DE URGENCIAS	6	6	3	
7	SERVICIOS HOSPITALARIOS	7	3	2	
8	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	8			
9	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	9	49		
10	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	10	1		
11	GESTION FINANCIERA	11	5	12	1
12	GESTION DE TALENTO HUMANO	12	7	5	1
13	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	13			4
14	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN	14			
15	GESTION SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	15	10	1	
16	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	16			
		TOTAL	85	30	8

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 DE RONDAS DE SEGURIDAD- CODIGO AZUL- CODIGO ROJO					
ACTIVIDAD	# PROGRAMADAS MES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
RONDAS DE SEGURIDAD	2	2	2	2	1
CODIGO AZUL	1	1	1	1	1
CODIGO ROJO	1	1	1	1	1
CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	75%

Consolidado de Eventos Adversos y Fallas de Calidad

MES		MAR	ABR	MAY
N° REPORTES		24	25	29
N° FALLAS DE CALIDAD		20	15	15
EVENTO ADVERSO	PREVENIBLE	1	5	4
	NO PREVENIBLE	3	3	6
OTROS			2	4
TOTAL EVENTOS ADVERSOS		4	8	10

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.

1.2.3 Estructura Organizacional

El funcionamiento de la ESE Carmen Emilia Ospina está orientado básicamente en la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, además la ESE tiene un valor agregado muy valioso, el trabajo a través de procesos.

1.2.4 Indicadores de Gestión

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

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.

1.2.5 Políticas de Operación

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

La Institución ha iniciado el proceso de acreditación lo que ha conllevado a hacer énfasis en la política de seguridad del paciente.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La oficina de control interno en el periodo de Marzo a Junio de 2015 continúa realizando el seguimiento a los controles de los riesgos de los procesos de: Talento humano, gestión bienes y servicios, subproceso soporte terapéutico y los riesgos de anticorrupción.

Dentro del rol de asesoramiento y acompañamiento se viene orientando técnicamente frente a la identificación de los riesgos, capacitando en la metodología a los líderes y brindando recomendaciones para la implementación de controles.

Se recomienda que los líderes de los procesos hagan seguimiento a los riesgos del proceso, que se encuentran en la matriz.

Se identificaron 11 riesgos de corrupción en los procesos de financiera, contratación, gestión y talento humano.

Resultado análisis de los riesgos institucionales

COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO					
CLASE RIESGO	TOTAL RIESGOS	ZONA EXTREMA	ZONA ALTA	ZONA MODERADA	ZONA BAJA
CUMPLIMIENTO	17	12	2	3	
OPERATIVO	37	23	12	1	1
CORRUPCION	12				
FINANCIEROS	5	4	1		
TECNOLOGICOS	6	4	2		
ESTRATEGICOS	5	1	3	1	

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

La oficina de calidad realiza seguimiento sistemático de trazabilidad a los indicadores por procesos. Además con la actualización al MECI realizada por la entidad en razón al decreto 943 de 2014 se elaboraron las listas de chequeo para autoevaluación por procesos dándoles herramientas e instrumentos de medición a la gestión desarrollado por cada proceso.

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.

2.1 COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

La gestión realizada por la oficina de control interno de Marzo a Junio del 2015 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 Noviembre a Febrero del 2015.
- ✓ Se realizó y público en la Web el seguimiento al plan anticorrupción del periodo de Enero a Abril de 2015.
- ✓ Informes de austeridad y eficiencia del gasto público para el trimestre comprendido entre por los meses de Enero a Marzo del 2015.
- ✓ Informe derechos de autor.

Para el fomento de la cultura del autocontrol se elaboraron los boletines en temas como: El procedimiento administrativo electrónico, licencias de maternidad incapacidad y pagos en seguridad social de contratistas, las NIIF., el Código de Ética y Buen Gobierno Institucional Control Interno, Administración del Talento Humano, Ley de Transparencia y SIMAD, tendientes al fortalecimiento del compromiso de los funcionarios con la Entidad.

Se realizaron capacitaciones en temas como: Ley 1712 del 2014 a las áreas de Sistemas, contratación, Talento Humano, Financiera y Jurídica; funciones de supervisores e interventores y un adecuado seguimiento a contratos; en SIGEP a las áreas de Talento Humano y Tecnología de las comunicaciones.

El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del SOGC de la Atención en Salud: en tanto que la habilitación está planteada para proteger al paciente de la prestación de servicios en las cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema, la acreditación direcciona hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado tales niveles, así como se constituye en un mecanismo de aseguramiento de las mejoras conseguidas.

La acreditación es una estrategia y una metodología para que la organización armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos, convirtiéndose esta en una herramienta importante de mejora para la organización.

La Alta Gerencia dio inicio a la formación de auditores para la aplicación de estándares superiores de calidad.

2.2 COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

La oficina de Control Interno ha venido desarrollando el plan de auditorías anual dando cumplimiento del 100% a las auditorías programadas; que para los meses de Marzo a Junio 2015 se efectuaron las siguientes:

- Proceso Servicios Ambulatorios.
- Proceso Gestión de Bienes y Servicios.
- Proceso Gestión de Talento Humano.
- Subproceso Soporte Terapéutico.
- Procedimiento anulación de facturas.
- Dispensación y suministro de medicamentos.

Respecto al programa anual de auditorías a cargo de las oficinas de control interno su cumplimiento fue del 135%.

2.3 COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO

La oficina de Control Interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas. Para el periodo de Marzo a Junio 2015, se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de:

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO 2015				
PROCESO	No DE ACCIONES PROPUESTAS	No DE ACCIONES CUMPLIDAS	No DE ACCIONES SIN CUMPLIR	No DE ACCIONES POR VENCER
CALIDAD	4			
SERVICIOS HOSPITALARIOS	4	0	0	4
HOSPITALIZACION DE BAJA COMPLEJIDAD Y OBSTETRICIA	4			
TOTAL	12			4

Se tienen formulados los planes de mejoramiento pero a la fecha no se ha realizado el seguimiento.

Se realizó la segunda verificación respecto al cumplimiento de las acciones de mejora al Plan Institucional concertado con la Contraloría Municipal de Neiva.

Se recomienda que los líderes de proceso elaboren sus planes de mejoramiento una vez recibido el informe final de auditoria.

3. EJE TRANSVERSAL – INFORMACION Y COMUNICACION

INFORMACIÓN PRIMARIA

Es importante señalar que la principal fuente de *información primaria* es la ciudadanía y las partes interesadas, por lo que debe ser observada de manera permanente. Durante el periodo de Marzo a Junio 2015, 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.

- La ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con el mecanismo de solicitud de citas a través de la página Web www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015..
- MEGABRIGADAS ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE COMUNA EN COMUNA, "HOY MAS CERCA DE TI Y DE TU FAMILIA" Teniendo en cuenta que la ESE tiene como objeto prestar el servicio de primer nivel de complejidad con calidez, eficiencia, oportunidad, eficacia y calidad y que busca contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias del Municipio de Neiva y en especial a la población perteneciente al régimen subsidiado se implementa para el 2015 las megabrigadas mensuales, donde la ESE traslada todo sus servicios y escenarios a las comunas con el fin de atender a sus usuarios.

Comuna	No. Usuarios atendidos
No. 5	800
No. 8	2.070
No. 8	1.510
No. 9	2.046

- Respecto al proceso de asignación de citas mediante la línea amiga 8726262, el proceso está bien estructurado y documentado, en donde se identifica que los responsables tienen claro el proceso. El área de SIAU en el horario de lunes a viernes de 7am a 9am, las auxiliares administrativas en cada centro de salud, asignan citas a la población prioritaria (adulto mayor, madres lactantes, madres gestantes, niños menores de un año, personas con alguna tipo de discapacidad, población de zona rural y víctimas del conflicto armado)

Parte del componente de información primaria son las encuestas de satisfacción que para el cuatrimestre de Marzo a Junio de 2015 se encuestaron 9.561 usuarios de los cuales 9.355 usuarios están satisfechos y 206 insatisfechos; dando como resultado una satisfacción global del 98%; con ello se está dando cumplimiento con la meta establecida del 95%.

Dentro de las políticas implementadas se realizaron campañas psico-educativas (dramatizados) en convenio con el INEM en los diferentes centros de salud y el acompañamiento de capacitación permanente en las rutas de acceso a los servicios de la ESE por parte de los guías moderadores de atención al usuario

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

CONSOLIDADO INDICE DE SATISFACCION GLOBAL ESE CARMEN EMILIA OSPINA AÑO 2015					
MES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Encuestas Aplicadas	2.405	2.407	2.377	2.372	9.561
Usuarios satisfechos	2.372	2.294	2.330	2.359	9.355
Usuarios insatisfechos	33	113	47	13	206
Índice Satisfacción Usuario	98%	95%	98%	99%	98%
Índice de Insatisfacción Usuario	2%	5%	2%	1%	2%

Según los resultados arrojados por las encuestas de satisfacción global en el respectivo cuatrimestre, el servicio con menor promedio de satisfacción fue el servicio de facturación con un indicador promedio del 96%. A continuación se detallan las tablas de los resultados por servicios y por centros de atención:

INDICE DE SATISFACCION POR SERVICIOS ESE CEO					
SERVICIO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	PROMEDIO
ATENCION PARTOS	100%	100%	100%	100%	100%
LABORATORIO	97%	97%	98%	100%	98%
HOSPITALIZACION	100%	97%	100%	100%	99%
HIPERTENSION	100%	97%	100%	98%	99%
URGENCIAS	99%	93%	99%	99%	98%
SERVICIOS GRALES	99%	100%	100%	100%	100%
ECOGRAFIAS	100%	100%	100%	100%	100%
FARMACIA	96%	95%	98%	100%	97%
ODONTOLOGIA	96%	97%	97%	100%	98%
MEDICINA GENERAL	98%	96%	97%	97%	97%

ARCHIVO	100%	100%	100%	100%	100%
FACTURACION	99%	88%	95%	100%	96%
RX	100%	100%	100%	100%	100%
PYP	99%	93%	96%	99%	97%

INDICE DE SATISFACCION POR CENTROS DE SALUD ESE CEO

CENTRO DE SALUD	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	PROMEDIO
SIETE DE AGOSTO	99%	95%	97%	98%	97%
PALMAS	99%	99%	99%	99%	99%
IPC	97%	85%	94%	100%	94%
CANAIMA	99%	96%	100%	100%	99%
GRANJAS	100%	100%	100%	100%	100%
EDUARDO SANTOS	100%	100%	98%	100%	100%

Los servicios de atención partos, servicios generales, ecografía, RX y archivo lograron un cumplimiento del 100%; los servicios de hospitalización e hipertensión, registran un índice superior del 99%; los servicios de laboratorio, urgencias y odontología, registran un índice superior del 98%;, los servicios de farmacia, medicina general y P y P se encuentran por encima del 97%; facturación registra un índice del 96%.

Para el periodo de Marzo a Junio del 2015, presento un incremento del 50% las Peticiones Quejas y Reclamos respecto al cuatrimestre de Noviembre 2014 a Febrero 2015 que ascendieron a 39, disminuido en un 9% respecto al periodo de julio a Octubre del 2014 que ascendieron a 43, incrementado en un 30.2% respecto al periodo de marzo a junio de 2014 que fueron 30. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA							
CONSOLIDADO QUEJA 2015							
	SIETE DE AGOSTO	PALMAS	IPC	CANAIMA	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	TOTAL
MARZO	2	0	1	9	3	0	15

ABRIL	2	2	0	11	3	0	18
MAYO	4	1	1	12	1	0	19
JUNIO	2	0	2	1	0	0	5
TOTAL	10	3	4	33	7	0	57
ZONA	13		37		7		57
	ORIENTE		SUR		NORTE		

La oportunidad en la contestación de las quejas quedo en un 100% para el periodo de Marzo a Junio de 2015 antes de los 15 días.

MES	MOTIVO	CANTIDAD
Marzo	Actitud:1, Oportunidad:10, Accesibilidad:2, Atención:2	15
Abril	Atención:2, Actitud:1, Accesibilidad:4, Oportunidad:9, Seguridad:2	18
Mayo	Actitud:6, Oportunidad:8, Seguridad:1, Accesibilidad:1, Orientación:1, Atención:2	19
Junio	Actitud:1, Pertinencia:2, Atención:2	5

El principal motivo de quejas presentado como se observa en el cuadro anterior es la oportunidad, presentándose los planes de mejora en los procesos de facturación y urgencias.

Se recomienda Intensificar las capacitaciones a los usuarios para un mayor acceso a las citas virtuales.

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:

- Adquisición, Instalación, configuración, implementación, capacitación y puesta en marcha a todo costo de sistemas de cámaras IP, la ESE CARMEN EMILIA OSPINA. En los centros de salud de Granjas, IPC, Siete de agosto, Palmas, Canaima.
- Se realizó el primer y segundo mantenimiento preventivo a todos los equipos de de computo de la ESECEO, durante el mes de marzo y junio de 2015, respectivamente según los programado en cronograma anual de mantenimiento.
- Implementación del proceso de llamado a pacientes en el centro de salud de Eduardo Santos, instalación del cableado y puesta en marcha del mismo.
- Verificación y actualización Hojas de vida e inventario de equipos de cómputo por centro de salud de la ESECEO a corte 30/06/2015, en el aplicativo de inventario tecnológico.
- Verificación y validación Software Instalado en los equipos de cómputo de la ESECEO, con corte a 30/06/2015.
- Verificación y validación del cableado estructurado del Rack ubicado en el centro de salud de Eduardo Santos y Siete de agosto de la ESECEO.
- Concertar con cada jefe de módulo de DGH, las posibles viabilidades de mejoramiento y rendimiento de la aplicación.
- Concertar con cada jefe de módulo de DGH, las posibles viabilidades de mejoramiento y rendimiento de la aplicación.
- implementación del botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública, cuyo contenido se encuentra en un 70%.
- Actualización de la página web de acuerdo a los lineamientos de gobierno en línea manual 3.1
- Ampliación al canal de internet dedicado de 10 megas, lo cual garantiza mayor rendimiento y mayor velocidad en la navegación del servicio de internet.
- Actualización diaria de la página web, intranet, de acuerdo a los boletines publicados, en el cuatrimestre en estudio se publicaron 38 boletines y eventos.
- El plan de acción para la vigencia 2015 del área de comunicaciones, se viene ejecutando de manera ordenada y cumplida las siguientes actividades: Publicación de boletines

(127%), realización de eventos (112%), apoyo logístico de eventos organizados por la Entidad (100%), actualización de redes sociales (100%), carteleras físicas (100%), organización de la rendición de cuentas, gobierno en línea.

- Se ha dado cumplimiento al 100% de las actividades programadas en el periodo de Marzo a Junio del 2015 del Plan de Comunicaciones Vigencia 2015, siendo su objetivo posicionar la empresa y la gestión gerencial por medio de la comunicación interna y externa a través del plan de medios, material P.O.P (Dummie, atril, volantes, afiches, pendones, pasacalles, agendas, lapiceros, stand portátil, entre otros), elaboración del portafolio de servicios, redes sociales, actualización y elaboración de videos institucionales y el himno.
- El plan de medios (radio, prensa, televisión, internet) de la ESE será coordinado por Am Sur Agencia de Medios del Sur S.A.S
- Digitalización y registro en la aplicativo SIMAD, de los tipos y series documentales correspondientes al área de contratación (contratos). Se digitalizan las cuentas de cobro (contrato-legalización del contrato-documento equivalente-planilla seguridad social-anexo acta de inicio (nuevo contrato)), liquidaciones (acta de liquidación-acta de terminación-paz y salvo ESE-informe de actividades-planilla seguridad social-acta de inicio-contrato-legalización del contrato) y contratos perfeccionados (contrato-estudios previos-pólizas-R.P- C.D.P, recibo pago Alcaldía- recibo de pago póliza). En el periodo de marzo a Junio del 2015 se subieron 189 contratos de prestación de servicios al sistema.
- Digitalización y registro en el aplicativo SIMAD, de los tipos y series documentales correspondientes al área de cartera. (cuentas de cobro, soportes, actas, contratos) En el periodo en estudio se evidenciaron 4.919 folios del área de cartera.
- Depuración, organización, digitalización en el aplicativo dinámica gerencial net de los tipos y series documentales correspondientes al 20% historias clínicas físicas. En el periodo Marzo a Junio del 2015 se digitalizaron 3.255 historias clínicas al sistema.

LINA MARIA VASQUEZ DIAZ
Coordinadora de control interno