

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

Oficina de Control Interno.	LINA MARÍA VÁSQUEZ DÍAZ	Período evaluado: 01/07/2015 al 31/10/2015
		Fecha de elaboración: 19/11/2015

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 339 contratistas que participaron de las 9 jornadas de capacitación mediante el video institucional de la ESE Carmen Emilia Ospina.

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 julio a octubre del 2015 se realizaron 109 capacitaciones con una participación de 2162 funcionarios.

Dentro de la evaluación realizada al procedimiento del plan institucional de capacitación se identifica la falencia de la entrega de las evidencias (Actas de asistencia) por parte de los líderes de proceso al área de talento humano quien es el encargado de la custodia y desarrollo del plan. Como una acción de mejora para esta situación es prioritario que para la reunión del mes de noviembre se aborde el tema, generando nuevos compromisos por parte de los líderes para garantizar el cumplimiento del indicador.

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 29 capacitaciones donde se fortalecía esta competencia, con una participación de 403 funcionarios. Se presentaron 9 inducciones grupales a 339 personas, para garantizar un acoplamiento por parte de los nuevos contratistas a la organización y puesto de trabajo

Competencias comportamentales: Se llevaron a cabo 15 capacitaciones orientadas a esta área, contando con la participación de 815 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 43 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia, participaron 728 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 2 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con calidad y eficiencia, participaron 85 personas en esta área.

Competencias Sistemas: Esta competencia fortalece y afianza los conocimientos propios tecnológicos e informáticos dentro de la organización, y durante el periodo se desarrollaron 10 temas dando como resultado que la institución brinde mejores servicios con información y eficiencia, participaron 131 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 entre julio a octubre del 2015 fueron:

PROYECTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS JULIO A OCTUBRE 2015	EJECUCION	ASPECTOS RELEVANTES
PLAN DE BIENESTAR SOCIAL	ACTIVIDAD DE GRATITUD A LA VIDA	100%	Se entrega un reconocimiento a cada uno de los empleados de planta cuyo onomástico se celebra mensualmente durante el periodo evaluado.
	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, segunda actividad de 3 programadas.
	JORNADAS DEPORTIVAS NUEVOS TALENTOS	100%	Son actividades ludicas deportivas y cultural para promover la sana competencia, los valores relacionados con trabajo en equipo, la solidaridad, el respeto y la tolerancia.

3 Evaluación de desempeño: Los jefes de zona realizaron el envío de las evaluaciones parciales del primer semestre del año 2015 al área de Talento Humano de los 51 funcionarios de carrera administrativa.

4 Saneamiento de Aportes Patronales: En el periodo en estudio de julio a octubre del 2015, no se realizó gestión alguna en el saneamiento de aportes patronales. Se priorizo el ingreso de la información de cada entidad desde la creación de la ESECEO en la plataforma PISIS del portal SISCO.

El procedimiento de Saneamiento de Aportes Patronales se encuentra en revisión por parte de calidad.

Se recomienda se agilice y cumpla el plan de trabajo proyectado de la vigencia del 2015 de saneamiento de aportes patronales.

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 159 del 14-07-15 – “Facturación y radicación de cuentas” - participantes: Dra. Alma Yiseht Gutiérrez Peña.

Resolución 256 del 13-10-15- “Seminario ABC del Plan Decenal de Salud Pública” - participantes: Dr. David Andrés Cangrejo Torres.

Resolución 269 del 19-10-15 – “II Encuentro Regional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria” - participantes: Dr. David Andrés Cangrejo Torres.

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 para el primer semestre fue del 88%

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 sido entregado a la ESE, por lo cual no es posible su operativización. En cuanto a la dotación ya se ejecutó el convenio suscrito con el Municipio de Neiva por valor de \$ 517.631.364.62. Ya se efectuó la compra de equipos y recibo de los mismos.

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

b. 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.

c. Cofinanciación de un proyecto del Centro de Salud de la comuna 10: Hasta que no se realicen los diseños no se puede elaborar el proyecto y gestionar la cofinanciación.

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

La comuna seis donde se ubica el centro de salud Canaima se encuentra legalizado mediante escritura 2388 del 5 de diciembre de 2014.

Además se cuenta con otros programas que coadyuvan al bienestar institucional:

2. Componente de salud ocupacional:

- a. Informe de accidentalidad:** Se realizó investigación de los accidentes de trabajo durante el periodo en estudio 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

Como plan de mejoramiento se han realizado capacitaciones en riesgo biológico y reporte de accidentes en los centros de salud de granjas, palmas e IPC.

- b. Inspecciones de seguridad:** Dando cumplimiento a los cronogramas de salud ocupacional se realizaron inspecciones de seguridad en los Centros de Salud zona rural y urbana (julio – octubre), 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

En la zona rural oriente (Vegalarga – Cedral y Colegio), Norte (Fortalecillas y San Luis), Sur (Caguan), se inspeccionaron según metodología dando las conclusiones y recomendaciones por el área de salud ocupacional a la alta dirección.

- c. **Matriz de identificación de peligros:** Se inicia con la actualización de las matrices de identificación de peligros del Centro de Salud de Granjas, Siete de agosto, IPC, Palmas. Actualmente se encuentra en revisión por parte de calidad para continuar con el protocolo de publicación y divulgación.
- d. **Acompañamiento y asesoramiento al copasst:** Se continuó con las reuniones mensuales del comité paritario de Seguridad y salud en el trabajo.
- 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.

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

- f. **Plan hospitalario de respuesta a emergencias centro de salud:** Se realizó conformación, capacitación y entrenamiento de (COE) Comité operativo de emergencias y (ERI) Equipo de respuesta inmediata de La E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA, se realizó simulacro en el Hospital de Canaima.

Se continúa con la actualización por los nuevos de requerimientos de la Secretaria de Salud Departamental (actividades de prevención, mitigación y preparación).

- g. **Plan Estratégico de Seguridad Vial:** Se realiza diseño del Plan Estratégico de Seguridad Vial y ejecución de políticas según normatividad, además se efectúa la conformación del Comité de Seguridad vial de la Institución.(Representante del empleador y de los trabajadores). Publicado el 21-10-2015 en la Intranet y divulgado por el área de salud ocupacional.
- h. **Exámenes médicos ocupacionales:** Dando cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 se continuó con la realización de evaluaciones médicas ocupacionales, periódicas, 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”.

Se están realizando los exámenes periódicos ocupacionales en cumplimiento a la matriz de exámenes ocupacionales, en el periodo se han realizado valoraciones medicas por reubicación o pos- incapacidad en un 10% del personal de planta

- i. **Entrenamiento trabajo en las alturas:** Con el ánimo de continuar fortaleciendo los procesos, mejorar el bienestar y la calidad de cada uno de los funcionarios de la ESE Carmen Emilia Ospina; y dar cumplimiento al plan básico legal para trabajo seguro en alturas, (Resolución 1409 del 23 de julio de 2012), que tiene por objeto establecer el reglamento de seguridad para protección contra caídas en trabajo en alturas, se capacitó y entrenó el personal del Área de Mantenimiento de la E.S.E.

Se capacitó y entreno el personal de mantenimiento de la institución en trabajo seguro en alturas a 15 funcionarios.

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 27 capacitaciones al personal Administrativo, asistencial y operativo, con un cumplimiento del 123%. En Temas Relacionados En: Segregación en la fuente, plan de contingencia, rutas de evacuación sanitarias, revisión de canecas, programas ambientales, código de colores, entre otros.
- b. **Inspecciones:** Inspección manejo y recolección de Residuos Hospitalarios, separación segregación y depósitos de residuos al mes en cada centro de salud. Se programaron 41 inspecciones de las cuales se realizaron 33 inspecciones para un cumplimiento del 80%.
- c. **Plan de Gestión Integral De Residuos Hospitalarios (PGIRH):** Se realizó la actualización del PGIRH cambio de RX Manual (radiografía) a Digital. Se entregó los líquidos reveladores y fijadores en el mes junio a la empresa ONMIUM. El (PGIRH) fue Divulgado y publicado en la intranet el proceso de Gestión medio ambiente subprocesos- gestión ambiental – manual, el 10 de septiembre 2015.
- d. **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 en el mes de julio, con un cumplimiento del 50%.

- e. **Análisis de vertimiento de agua residuales en Granjas y Canaima:** El resultado del análisis de vertimiento de aguas residuales realizado por la firma Construcsuelos, fue favorable en cuanto a descargas de aguas residuales según parámetros establecidos por la normatividad ambiental.

- f. **Auditorias de la Contraloría Municipal y Secretaria de Salud Municipal:** Informe a control Interno de la relación de los planes, proyectos y programas correspondientes a inversión ambiental, medio ambiente, y saneamiento ambiental relacionados en el formato 16ª de la Contraloría Municipal. Favorable al igual que la auditoria de la Secretaria Salud Municipal.

- g. **Recolección de escombros:** Por los residuos generados por mantenimiento a las sedes Santa Isabel, Ipc, Caguán y Eduardo Santos

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

Por medio de una obra teatral con mimos, en cada uno de los centros de salud se presentaron escenas sobre el cuidado con el Medio Ambiente, como apagar los aparatos electrónicos que no se estén usando, desconectar todos los dispositivos electrónicos como el cargador de portátiles y celulares, y también se recomendó apagar las luces durante el día para así aprovechar al máximo la luz solar.

Se regalaron más de 1000 manillas a usuarios y funcionarios de la institución y se pusieron Stickers en los interruptores y llaves de agua mostrando el modo de apagar la luz si no se necesita y cerrar la llave del agua si no se usa

4. Componente área Técnico Científico:

El Área Técnico Científica ha definido su plan de acción con los siguientes componentes para el 2015:

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

mejora como: Diseño y envío a responsables de área de tablero de indicadores, con el fin de motivar el compromiso de los responsables de cada proceso.

En articulación con calidad se han venido desarrollando estrategias de depuración de información de indicadores gerenciales con base en una nueva revisión de historias clínicas desde el mes de enero al mes de octubre del 2015 por parte de los líderes de proceso de promoción y prevención.

Se plantearon estrategias como:

- ✓ Seguimiento a gravindex positivos tomados en la ESE CEO el cual continúa haciéndose a través de IAMI.
- ✓ Captación mediante fortalecimiento de actividades en equipo de demanda inducida.
- ✓ Canalización por personal de seguimiento del equipo APS.
- ✓ Seguimiento a usuarios que ingresan por urgencias o consulta externa y se les ordena prueba de embarazo y el resultado es positivo.
- ✓ Continuar fortaleciendo las brigadas de salud
- ✓ Continuar fortaleciendo el registro en las historias clínicas de las gestantes sobre las causas por las cuales las gestantes asisten tardíamente al control prenatal
- ✓ Fortalecimiento de la demanda inducida intramural y extramural para la entrega de resultados oportunos y canalización efectiva a los servicios.
- ✓ Fortalecimiento del seguimiento a gestantes inasistentes a través de visitas y llamadas telefónicas
- ✓ En cuanto a crecimiento y desarrollo se estableció la necesidad de socialización al personal médico y de enfermería del resultado de las auditorías a las historias clínicas para evaluar la adherencia a la norma técnica.

b. **Componente de implementación APS:** Actualmente se ha definido la estrategia de atención primaria de salud en la comuna 8 centro de salud IPC, con los siguientes logros:

- ✓ Se han conformado 9 grupos interdisciplinarios a nivel intramural.
- ✓ Se identificaron en la comuna 8 un total de 5.658 familias distribuidas en 4352 familias subsidiadas y 1145 familias contributivas. Se estableció una ficha de inscripción diseñada desde el área técnica, que es la que se utiliza actualmente en la identificación y captación de la población.
- ✓ Se ha fortalecido el proceso de capacitación a las familias en el cuidado de la salud

- ✓ Se han realizado un total de 99 visitas domiciliarias con medico de acuerdo a necesidades prioritarias identificadas.
- ✓ Se realizaron 56 visitas domiciliarias con psicóloga de acuerdo con necesidades identificadas.
- ✓ Se realizaron 18 visitas domiciliarias de enfermería de acuerdo a necesidades identificadas
- ✓ En lo relacionado con los usuarios que no cumplen con los criterios de atención en casa se les canaliza y asigna citas de consulta externa promoción y prevención en el centro de salud.
- ✓ Continúa fortaleciéndose todos los procesos de capacitación a los líderes comunitarios de área en hábitos de vida saludables de tal forma que se contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud.
- ✓ Se diseñó un programa de capacitación virtual con evaluación por intranet de temas relacionadas con la seguridad del paciente.

c. **Componente de docencia servicio.** Los convenios de docencia vigentes son los siguientes:

- ✓ Fundación Uninavarra – Se retomó a partir del segundo semestre del 2015 con estudiantes de pregrado, enfermería y tecnología en radiología e imágenes diagnósticas.
- ✓ El Centro de Estudios Navarra continúa sin estudiantes.
- ✓ Universidad Surcolombiana - continua vigente con dos programas medicina y enfermería.
- ✓ Fundación Universitaria María Cano – convenio vigente y no se tiene estudiantes. Universidad Antonio Nariño – convenio firmado a partir del 29 de junio del 2015 aun en trámite de registro calificado para apertura de programas de salud en la ciudad de Neiva – sin estudiantes.
- ✓ Escuela San Pedro Claver – con estudiantes para auxiliares de enfermería rotando por los centros de salud de Canaima, granjas palmas siete de agosto e IPC.
- ✓ Centro de Formación Atanasio Girardot – Convenio vigente con estudiantes para auxiliares de enfermería con rotación en centro de salud de Canaima.
- ✓ Centro empresarial en salud Cesalud – Convenio vigente con programa de auxiliares de enfermería en centros de salud IPC y Eduardo santo; programa de auxiliar de consultorio odontológico en Centro de salud de granjas.
- ✓ Fundación Santa Paula – Convenio vigente sin estudiantes.
- ✓ Centro de Formación y Capacitación Lola Perdonó de Liévano – Cruz Roja Colombiana Seccional Huila - Convenio vigente centro de salud IPC estudiantes para auxiliares de enfermería.

- d. **Componente de Mercadeo:** Profesionales que se encuentra dentro del esquema de trabajo del área técnico científica fortaleciendo actividades que optimicen el impacto en la prestación de los servicios de salud del municipio de Neiva.
- e. **Componente gestión del dato y auditoria:** Se asignó espacio la mayoría de las veces en el Comité Técnico Científico para la presentación de los datos en lo relacionado con el seguimiento y la depuración de los motivos de glosa encontrando que muchas de las mismas se deben a registros no adecuados, por diligenciamiento incompleto de soportes, historias clínicas incompletas y pertinencia. Sin embargo dado el trabajo y articulación del grupo liderado por el Dr. Víctor Andrade medico auditor del área técnico científico y los médicos Gina Geraldino y Fabián Méndez, médicos auditores de cuentas se ha logrado disminuir el porcentaje de glosas del año 2014 que se encontraba en el 39% en promedio con relación al año 2015 al 25%.

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.

RELACIÓN DE DOCUMENTOS MODIFICADOS Y CREADOS EN EL MAPA DE PROCESOS DE LA ESE CEO DE JULIO A OCTUBRE 2015

PROCESO	MEJORA REALIZADA
TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION	TIC-S3P3 Administración historias clínicas manuales
SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	SOA-S1M2 Plan estratégico de seguridad vial. SOA-S1D10 Plan hospitalario de respuesta a emergencias SOA-S1D28 Reglamento de higiene y seguridad industrial SOA-S1D47 Programa de vigilancia a trabajadores expuestos a riesgos biológicos SOA-S1D51 Política de no uso de celular

	<p>SOA-S1D52 Política de seguridad de horas de conducción SOA-S1D53 Política de regulación de velocidad SOA-S1D54 Política de seguridad vial SOA-S1D55 Política uso de cinturón de seguridad vial SOA-S1F23 Matriz de exámenes ocupacionales SOA-S1F24 Registro de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos SOA-S1F25 Solicitud de mantenimiento de vehículos SOA-S1F26 Evaluación de riesgos viales SOA-S1F27 Ficha técnica de vehículos SOA-S1F28 Chek listado de requerimientos de ambulancias SOA-S1F29 inspección de vehículos SOA-S1F30 chek listado de vehículos automotores de servicio publico SOA-S2P7 Procedimiento de derrame de medicamentos SOA-S2M1 PGIRH SOA-S2D10 programas ambientales</p>
GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA	<p>GE-S1P6 Procedimiento de adopción de guías medicas GE-S1D4 Codigo de ética y buen gobierno</p>
GARANTIA DE LA CALIDAD	<p>GC-S1F1-V6 Solicitud de elaboración, modificación o eliminación de documentos GC-S1P2 Seguimiento a indicadores de calidad GC-S2P1 Autoevaluación sistema único de habilitación GC-S3P1 PAMEC GC-S4P1 Rondas de seguridad al paciente GC-S4P2 Análisis y seguimiento de eventos adversos GC-S4F8 lista de chequeo de verificación protocolos de caída de pacientes GC-S4F9 Lista de chequeo de dispensación de medicamentos GC-S5P1 autoevaluación estándares de acreditación GC-S6P1 Plan anual de auditorías de calidad</p>

SERVICIOS AMBULATORIOS	<p>SA-S1G10 Guía manejo de enfermedades diarreicas SA-S1G12 Guía riesgo cardiovascular SA-S1G13 Anexo guía HTA SA-S1G14 Guía atención HTA SA-S1G15 Guía menor neumonía de 5 años SA-S1G16 Guía LLA MLA niños SA-S1G17 guía manejo cefalea SA-S1G18 guía dependencia alcohol SA-S1G19 guía diagnósticos depresivos SA-S1G20 guía dislipidemia SA-S1G21 guía epilepsia SA-S1G22 guía esquizofrenia SA-S1G23 guía asma niños SA-S1G24 guía transmisión adultos SA-S1G25 guía EPOC adultos SA-S1G26 guía lineamiento chicunguña SA-S1F6 Formato no post justificación SA-S2D18 Diagnostico odontología CIE 10 SA-S2D19 reacción inmediata consulta odontológica SA-S2F8 Control temperatura nevera SA-S2F22 Seguimiento a eventos adversos odontología SA-S2F23 Consentimiento informado barniz de flúor</p>
ESTRATEGIAS DE INTERVENCION COMUNITARIA	<p>EIC-S1D8 Plan de contingencia PAI EIC-S1D9 Manejo cadena de frio EIC-S1D10 atención a los usuarios en la aplicación de vacunas EIC-S1D11 protocolo de limpieza de de equipos de vacunación EIC-S1F50 Registro de derrame de medicamentos EIC-S1F51 Consentimiento informado de citologías EIC-S1F52 cronograma de limpieza de neveras EIC-S1F53 cronograma de cadena de frio EIC-S1F54 consentimiento informado retiro DIU</p>
SERVICIO DE URGENCIAS	<p>SU-S1G3 Guía manejo EDA SU-S1G17 Guía manejo rabia SU-S1G18 guía infantil intrahospitalaria SU-S1G19 cartilla profilaxis VIH SU-S1D34 escala intencional BECK SU-S1D35 protocolo promoción de vida SU-S1D36 cartilla ZIKA</p>

	<p>SU-S1F1 lista de chequeo carro de paro urgencias SU-S1F9 lista de chequeo carro de paro hospitalización y partos SU-S1F29 Formato no justificación pos SU-S1F30 registro de derrame de medicamentos</p>
SERVICIOS HOSPITALARIOS	<p>SH-S1G3 Guía control de infecciones SH-S1G9 Guía EDA SH-S1F1 lista de chequeo carro de paro hospitalización SH-S1F19 Formato no justificación POS SH-S1F20 Registro de derrame de medicamentos SH-S2G22 Guía control infecciones intrahospitalarias SH-S2F19 Formato no justificación POS SH-S2F20 Lista de chequeo carro de paro hospitalización SH-S2F21 registro derrame de medicamentos</p>
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	<p>ADT-S2M3 PGIRH ADT-S2M4 Manual de calidad interno y externo ADT-S2M5 Manual de procedimientos técnicos de coloración ADT-S2M6 Manual de procedimientos técnicos de toma de muestras de laboratorio clínico ADT-S2D3 Protocolo manejo de eventos adversos o reacción en toma ADT-S2D4 Protocolo validación de métodos cualitativo ADT-S2D5 protocolo de toma de muestras de laboratorio clínico ADT-S2D6 recomendaciones para toma de urocultivos. ADT-S3M3 Manual de control de calidad en laboratorio de citologías ADT-S4 P6 Recepción y almacenamiento de medicamentos ADT-S4P7 Dispensación de medicamentos ADT-S4M5 Manual de procedimientos manejo de medicamentos ADT-S4D3 Listado de medicamentos de acuerdo al perfil epidemiológico ADT-S4F19 Formato no justificación pos ADT-S4F20 registro de derrame de</p>

	medicamentos
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	VE-S1G5 Guía de sífilis gestacional congénita. VE-S1G6 Guía de VIH en adolescentes y adultos VE-S1G7 Guía de VIH en niños VE-S1G8 Guía manejo de rabia
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	SRC-S2F7 Movilización de pacientes
GESTION FINANCIERA	GF-S2P3 Tramite gestión de glosas GF-S2M1 Manual de procedimientos de cartera GF-S2D3 Flujograma tramite de glosas GF-S5F7 Encuesta socioeconómica población no asegurada GF-S5F8 Comprobación no capacidad de pago
GESTION DE TALENTO HUMANO	GTH-S1P1 Selección vinculación y desvinculación GTH-S1P2 Novedades de personal GTH-S1P3 Liquidación nómina GTH-S1P5 Suscripción contrato de prestación de servicios GTH-S1F50 lista de chequeo apoyo administrativo GTH-S1F51 Lista de chequeo servicios asistenciales medico GTH-S1F57 Inducción personal asistencial GTH-S1F58 hoja de control historia laboral GTH-S1F60 seguimiento contractual administrativo GTH-S1F61 Seguimiento contractual personal asistencial GTH-S1F62 control proceso carnetización GTH-S2P1Plan institucional de capacitaciones GTH-S2P3 Comision de personal GTH-S2P4 bienestar social GTH-S2P5 inducción GTH-S2P6 reinducción GTH-S2P7 clima organizacional GTH-S2D1 Resolución bienestar social GTH-S2D2 resolución PIC GHT-S2F14 Cronograma de capacitaciones GTH-S3P1 Convenio docencia de servicios GTH-S3P2 Desarrollo productividad convenio docencia GTH-S3P3 desarrollo de proyectos de

	investigación GTH-S3F1 Lista de chequeo documentación GTH-S3F2 ficha técnica convenios GTH-S3F3 ficha seguimiento a convenios GTH-S3F4 lista de chequeo seguimiento a convenios GBS-S3P2 Plan anual de mantenimiento GBS-S4P1 Rondas administrativas
--	--

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.

Consolidado de Eventos Adversos y Fallas de Calidad

En este subproceso se desarrollaron las actividades relacionadas con RONDAS DE SEGURIDAD, CODIGO AZUL, CODIGO ROJO, Estas actividades se realizaron de manera continua durante el periodo de Julio a Octubre del año en curso, con el siguiente comportamiento.

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

fuelle: oficina asesora de calidad

MES		Julio/15	Agosto/15	Septiembre/15	Octubre/15
N° REPORTES		147	69	21	20
N° FALLAS DE CALIDAD		132	44	5	7
EVENTO ADVERSO	Prevenible	6	8	6	3
	No prevenible	5	7	2	3
OTROS		4	10	8	7
TOTAL EVENTOS ADVERSOS		11	15	8	20

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

La ese Carmen Emilia Ospina se desenvuelve a través de El funcionamiento de la ESE su mapa de procesos los cuales se han desarrollado según las actividades a ejecutar para el logro de los objetivos; sin embargo difiere con el organigrama institucional. El enfoque basado en procesos le permite establecer sus actividades y departamentos con la finalidad de producir sus servicios mediante un orden y un adecuado control.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Actualmente la ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con sesenta y nueve (69) indicadores en los diferentes procesos 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 la actualización de las políticas de operación con el fin de compilarlas y emanarlas a través de un acto administrativo que se encuentra pendiente para su legalización.

1.4. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La oficina de control interno en el periodo de Julio a Octubre de 2015 continúa realizando el seguimiento a los controles de los riesgos de los subprocesos de: imagenología, laboratorio clínico, laboratorio de citologías, infraestructura y equipos, servicios administrativos y los riesgos del plan anticorrupción. También a los procesos de estrategia de intervención comunitario, vigilancia epidemiológica, 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 y valoración 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	

Fuente: oficina de control interno

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

La oficina de calidad realiza seguimiento sistemático de trazabilidad a los indicadores por procesos. Además con la actualización al MECI realizada por la entidad en razón al decreto 943 de 2014 se elaboraron las listas de chequeo para autoevaluación por procesos dándoles herramientas e instrumentos de medición a la gestión 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 julio a octubre 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 marzo – Abril de 2015.
- ✓ Se realizó y público en la Web el seguimiento al plan anticorrupción del periodo de Septiembre a Diciembre de 2014.
- ✓ Informes de austeridad y eficiencia del gasto público para el segundo y tercer trimestre comprendido entre por los meses de julio a Octubre de 2015.
- ✓ Elaboración informe de la oficina de SIAU. Ley 1474 de 2011 del primer semestre del 2015.
- ✓ Seguimiento a la evaluación de la gestión institucional para el primer semestre de 2015.

Para el fomento de la cultura del autocontrol se elaboraron los boletines en temas como: acreditación, decreto 1443 de 2014, manual de contratación, decreto 2484 de 2014 tendientes al fortalecimiento del compromiso de los funcionarios con la Entidad; además se efectuaron capacitaciones en temas como decreto 2484 de 2014, a las áreas de talento humano, comisión de personal.

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 Estrategias de Intervención Comunitaria
- Proceso Referencia y Contrareferencia
- Proceso Vigilancia Epidemiológica
- Auditoria al cumplimiento de las funciones que debe asumir el comité de conciliación.
-

Sin embargo en cuanto al programa anual de auditorías a cargo de las oficinas de control interno y calidad se efectuó un 100% cumpliendo con la meta de satisfacción que está en un 90%.

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

2.3 COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO

La oficina de Control Interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas. Para el periodo Julio a octubre 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
Servicios administrativos	2	1	1	
Defensa judicial	8	3	5	

calidad	4	3	1	
TIC	7	4	3	
Servicios hospitalarios	3	2	1	
Infraestructura y equipo	3	1	1	1
Salud ocupacional	6	6		
IAMI	14	3	11	
Laboratorio clínico y de citologías	11	9	2	
Convenios interadministrativos	5	3	2	
RX orales	7	6		1
Referencia y contrareferencia	8	3	1	4
Ecografías	6	1	2	3
Rx	8	5		3
TOTAL				12

Intervención comunitaria tiene (8) acciones de mejora, Contratación (5) acciones de mejora; pendientes por el seguimiento

Se recomienda que la elaboración de los planes de mejoramiento sean articulados con las dependencias de calidad o control interno.

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.

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 Julio a Octubre de 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.

MES	COMUNA	USUARIOS ATENDIDOS
AGOSTO	SAN LUIS	1.350
SEPTIEMBRE	3	754
OCTUBRE	10	1.364

- 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 Julio a Octubre de 2015 se encuestaron 9.631 usuarios de los cuales 9.573 usuarios 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%.

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	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	TOTAL
Encuestas Aplicadas	2408	2408	2408	2411	9635
Usuarios satisfechos	2392	2396	2393	2392	9573
Usuarios insatisfechos	19	12	15	19	65
Indice Satisfacción Usuario	99%	99%	99%	99%	99%
Indice de Insatisfacción Usuario	1%	1%	1%	1%	1%

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

Los servicios de atención partos, laboratorio, servicios generales, ecografía, hipertensión, archivo lograron un cumplimiento del 100%; los servicios de ambulancia, farmacia, odontología, medicina general, facturación y p y p, registran un índice superior del 99%; los

servicios de urgencias y RX, registran un índice superior del 98%; los servicios de hospitalización registran un índice del 96%.

INDICE DE SATISFACCION POR CENTROS DE SALUD					
CENTRO DE SALUD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	PROMEDIO
SIETE DE AGOSTO	98%	98%	98%	99%	98%
PALMAS	99%	99%	99%	99%	99%
IPC	100%	100%	100%	98%	100%
CANAIMA	100%	100%	98%	98%	99%
GRANJAS	99%	100%	100%	100%	100%
EDUARDO SANTOS	100%	100%	100%	100%	100%

Para el periodo de Julio Octubre del 2015, presento una disminución del 67% las Peticiones Quejas y Reclamos respecto al cuatrimestre de marzo a Junio 2015 que ascendieron a 57. A continuación se detalla el consolidado de PQR por centro de salud:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA							
CONSOLIDADO QUEJAS 2015							
	SIETE DE AGOSTO	PALMAS	IPC	CANAIMA	GRANJAS	EDUARDO SANTOS	TOTAL
JULIO	3	1	1	3	1		9
AGOSTO	3	1	1		1		6
SEPTIEMBRE			1	2			3
OCTUBRE			1	1	1		3
TOTAL	6	2	4	6	3	0	21
ZONA	8		10		3		21
	ORIENTE		SUR		NORTE		

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

MOTIVOS DE QUEJAS DE JULIO A OCTUBRE 2015		
MES	MOTIVO	CANTIDAD
Julio	Actitud:4, Oportunidad:4, Atención:1	9
Agosto	Atención:2, Actitud:1,Oportunidad:3	6
Septiembre	Actitud:1,Oportunidad:1; pertinencia:1	3
Octubre	Actitud:2,Oportunidad:1	3

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:

- Se realizó el tercer mantenimiento preventivo a todos los equipos de cómputo de la ESECEO, durante el mes de septiembre de 2015, según cronograma anual de mantenimiento.
- Verificación, validación y organización en un 85% del cableado estructurado del Rack ubicado en el centro de salud Granjas y Palmas de la ESECEO. Pendiente de planos en Palmas y de algunas áreas en Granjas.
- Verificación, validación y organización en 100% del cableado estructurado del Rack ubicado en el centro de salud vegalarga con los respectivos planos.

- Implementación del botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública, cuyo contenido se encuentra en un 90%, en la página web de la ESECEO www.esecarmenemiliaospina.gov.co. Pendiente el procedimiento de datos abiertos.
- Licenciamiento del Módulo NIIF en el aplicativo Dinámica Gerencial, actualización Dinámica Gerencial con NET FRAMEWORK 4.5, soporte técnico año 2015.
- Actualización definición del Software Antivirus, 330 licencias.
- Elaboración de folletos instructivo para citas médicas web. Las capacitaciones a usuarios en el módulo citas web, se han realizado en el centro de salud de granjas.
- Capacitación al personal de sistemas sobre el tema de "FIREWALL" en aplicación a la política de seguridad de la información y la presentación del equipo FortiGate.
- Capacitación al personal de sistemas sobre el tema de "CTERA", solución en backup y restores, características y funcionalidades en distintitos ambientes y la presentación del equipo CTERA.
- Inducción y capacitación a la gestora SIAU, para la generación de informes, citas por pacientes y totales
- Mejoramiento de la consulta de verificación de derechos, la cual permite evidenciar que pacientes de la EPS COMFAMILIAR, se encuentran en alto riesgo, y por tal razón deben ser remitidos a otro nivel. Lo anterior con el objetivo de minimizar glosas por dicho concepto.
- Mejoramiento en la HC C0008 de hipertensión, ya que se configuro para que de forma automática consigne el estadio HTA, antes había que calcularlo de manera manual.
- Se diseñó e implemento el tipo de historia PIC01, para el registro de las actividades que se realizan en los convenios.
- Se diseñó e implemento el tipo de historia C009 HISTORIA RCV POR ENFERMERIA, que permita liberar la consulta del médico.
- Se realiza la mejora en el aplicativo Dinámica Gerencial, para subir las imágenes de RX a la opción de resultado procedimientos, y verificación en línea por parte de los médicos. Se capacito a la radióloga quien lee las imágenes en línea y captura el

resultado, como también los técnicos radiólogos que suben las imágenes al aplicativo dinámica, para que los médicos en línea puedan observar la imagen.

- Se realiza la mejora en el aplicativo Dinámica Gerencial, para subir las imágenes de los electrocardiogramas en el centro de salud de granjas, donde existe equipo (electrocardiógrafo con interfaz). Se capacito a la auxiliar que suben las imágenes al aplicativo dinámica, para que los médicos en línea puedan observar la imagen.
- Parametrización en los planes de beneficios de los contrato subsidiados y vinculados de los topes por periodo mensual y por factura, lo cual minimiza los errores de digitación y controla la ejecución contractual.
- En coordinación con planeación se elaboró la política, el manual y la matriz de responsabilidades de comunicaciones, en aplicación al Decreto 943 del 2014. Actualmente se encuentran en proceso de aprobación.
- Pendiente de revisar el plan estratégico de comunicaciones de la vigencia 2015-2016.
- Realizado el diagnostico con el apoyo de planeación se evaluaron los riesgos inherentes al subproceso de comunicaciones.
- Actualización diaria de la página web, intranet, de acuerdo a los boletines publicados, en el cuatrimestre en estudio se publicaron 98 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 (100%), realización de eventos (100%), 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 (volantes, afiches, pendones, pasacalles). Se han realizado videos institucionales con las diferentes áreas. El video Institucional y el himno se encuentra en proceso de edición.

El portafolio de servicios se encuentra aprobado y en proceso de impresión.

- El plan de medios (radio, prensa, televisión, internet) de la ESE será coordinado por Am Sur Agencia de Medios del Sur S.A.S en aplicación al contrato en el periodo de julio a octubre se han realizado 1.444 cuñas radiales en las emisoras: Radio Surcolombiana, Alfa Estero, HJ doble K, Olímpica estéreo; en televisión: 456 comerciales sobre la ESE CEO en Alpa-visión y Canal 2 CNC; 240 avisos por internet en www.opanoticias.com y finalmente 12 anuncios en medios impresos en OPA noticias, en el Extra Huila y la Nación.

GESTION DOCUMENTAL

- 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 julio a octubre del 2015 se actualizaron 4251 archivos en la serie documental contratos.
- Digitalización y registro en el aplicativo SIMAD, de los tipos y series documentales correspondientes al área de cartera. (cuentas de cobro, soportes, actas, contratos). En el periodo en estudio se realizó la actualización de documentos de contratos de cartera de 1229 archivos.
- Depuración, organización, digitalización en el aplicativo dinámica gerencial net de los tipos y series documentales correspondientes al 20% historias clínicas físicas. En el periodo Julio a Octubre del 2015 se digitalizaron 6.914 historias clínicas al sistema.
- Capacitación al personal de calidad para subir las actas de comité a SIMAD. Se creó el tipo documental CALIDAD, serie COMITES y subseries: Comité de Calidad y Seguridad Paciente, Comité de Gerencia, Comité de Historias Clínicas, se subieron 5 archivos en el mes de agosto.
- Capacitación al personal de control interno, para subir las actas de comité a SIMAD. Se creó el tipo documental CONTROL INTERNO, serie COMITES y subseries: Comité de Control Interno, se subieron 8 archivos en el mes de julio y agosto.
- Capacitación al personal de Epidemiología, para subir las actas de comité a SIMAD. Se creó el tipo documental EPIDEMIOLOGIA, serie Actas de Comité y subseries:

Actas de Comité - COVE - Comité de Vigilancia Epidemiológica -, se subieron 7 archivos en el mes de octubre.

- Capacitación a la secretaria de Gerencia, para subir los actos administrativos a SIMAD. Se creó el tipo documental GERENCIA, serie Actos Administrativos y las subseries: Actas, Acuerdo y Resoluciones, se subieron 196 archivos en el mes de julio a octubre.
- Capacitación al personal de Talento Humano, para subir las actas de comité a SIMAD. Se creó el tipo documental TALENTO HUMANO, serie Actas de Comité y subseries: Comité de Bienestar Social - Comité de Reunión Interna Talento Humano. No hay registros.
- Capacitación al personal de Talento Humano, para subir las actas de comité a SIMAD. Se creó el tipo documental TALENTO HUMANO, serie Historias Laborales. No hay registros.
- Inclusión del personal de facturación al aplicativo SIMAD. Se crearon los usuarios del área de facturación, los cuales fueron capacitados para el manejo de correspondencia interna.
- Contratación del proyecto archivístico, para la aprobación de las TRD, en el mes de octubre del 2015.

Sin embargo se hace necesario realizar auditoria a la digitalización de los contratos, cartera, historias clínicas y actas, que nos permita evidenciar si están al día con la digitalización. Igualmente es prioritario se inicie el proceso de registro de las historias laborales y actas de comités por parte de Talento Humano.

LINA MARIA VASQUEZ DIAZ
Coordinadora de control interno