



Informe de Gestión - III Trimestre

PLANEACIÓN
ESE MORENO Y CLAVIJO

2023


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 2 de 245

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

ALCANCE DEL INFORME

1.INFORME DE PLANEACION

1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

1.2 MAPA DE PROCESOS

1.3 PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO 2023

1.4 MAPA DE RIESGOS 2023

1.5 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO 2023.

1.6 INFORME DE GESTION GERENCIAL 2022 RESOLUCION 408 DE 2018

1.7 PROYECTOS

1.8 OTRAS ACTIVIDADES

2. INFORME SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ANALISIS SITUACION FINANCIERA

2.1 SUBPROCESO CONTABILIDAD

2.2 SUBPROCESO TESORERIA

2.3 SUBPROCESO PRESUPUESTO

2.4 SUBPROCESO FACTURACION

2.5 SUBOROCESO CARTERA

2.6 SUBPROCESO AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

2.7 PROCESO TALENTO HUMANO

2.8 SUBPROCESO SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

2.9 SUBPROCESO AMBIENTAL

2.10 SUBPROCESO SISTEMAS Y COMUNICACIONES

2.11 SUBPROCESO RECURSOS FISICOS

2.12 SUBPROCESO INFRAESTRUCTURA

2.13 SUBPROCESO GESTION DOCUMENTAL

3. INFORME SUBGERENCIA DE SALUD

3.1 SUBPROCESO SIAU

3.2 SUBPROCESO PYM

3.3 SUBPROCESO URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

3.4 SUBPROCESO SALUD PUBLICA

3.5 SUBPROCESO ATENCION AMBULATORIA

3.6 SUBPROCESO APOYO DIAGNOSTICO


3.7 SUBPROCESO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

3.8 FARMACIA Y APOYO TERAPEUTICO

4.INFORME JURIDICA

5.INFORME CONTROL INTERNO

6.INFORME CALIDAD

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 3 de 245

INTRODUCCIÓN


A continuación, se presentan las actividades más relevantes para el primer trimestre del año 2023; aquí se describen a través de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo, las gestiones realizadas en cada uno de ellos.

Cabe resaltar, que la entidad como Empresa Social del Estado, del orden departamental, ha venido cumpliendo los objetivos plasmados en su misión y visión, los del Plan Gerencial y los del Plan de Desarrollo departamental “Construyendo Futuro”. Todos los esfuerzos, basados en la mejora continua, para brindar una buena atención en salud, quedan respaldados en lo que se describe en el presente informe de gestión, haciendo énfasis en la presencia que se hace en los Municipios de Tame, Arauquita, Fortul, Puerto Rondón y Cravo norte, con los seis (6) hospitales, dos (2) centros de salud y veintiún (21) puestos de salud.

Los logros a destacar en este periodo, se remiten a los aspectos financieros, jurídicos y misionales, donde se está al día en el pago de salarios a los trabajadores, a los proveedores y acreedores, salvaguardando siempre el patrimonio de la empresa, demostrado lo anterior con la formalización de empleos, cerrando las brechas de posibles reclamaciones futuras y el mejoramiento de las condiciones laborales.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

- ✓ Consolidar en un informe de Gestión, las actividades desarrolladas por cada uno de los procesos y subprocesos que componen la entidad.
- ✓ Suministrar los insumos para consolidar el sector salud del departamento de Arauca.
- ✓ Medir el alcance de la gestión y formular alternativas que apunten al mejoramiento continuo de nuestra entidad.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 4 de 245

➤ ALCANCE DEL INFORME

El informe comprende los avances, datos, objetivos y logros alcanzados durante el tercer Trimestre del año 2023. Los procesos y subprocesos realizan un análisis detallado de su gestión.

1. PLANEACION

1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

➤ MISIÓN.

La ESE Departamental Moreno y Clavijo de Arauca, ofrece sus servicios a través de un Modelo de Prestación Integral en Salud, con énfasis en atención primaria, cumplimiento de atributos de calidad, eficiencia administrativa y financiera, logrando la afectación positiva de los determinantes sociales de nuestros usuarios.

➤ VISION.

En el año 2031 seremos la Empresa Social del Estado líder en la Orinoquía en prestación de servicios integrales de salud con estándares superiores de calidad y un equipo interdisciplinario con sentido de pertenencia, garantizando una atención humanizada a los usuarios y sus familias, enmarcados en la sostenibilidad social, ambiental y económica.

➤ PRINCIPIOS.

Son directrices fundamentales que orientan el pensamiento y rigen la conducta de todos los integrantes de una organización:

- ✓ Orientación a resultados
- ✓ Articulación interinstitucional
- ✓ Excelencia y Calidad
- ✓ Aprendizaje e Innovación
- ✓ Integridad, Transparencia y Confianza
- ✓ Toma de decisiones basada en evidencia

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 5 de 245

- ✓ Vocación de servicio
- ✓ VALORES

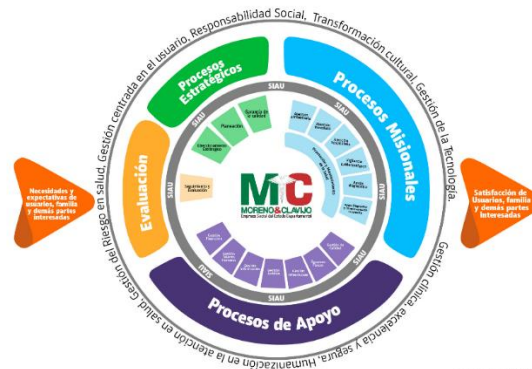
Son cualidades necesarias en las personas para el cumplimiento de los principios y el logro de los objetivos organizacionales:

- ✓ Honestidad
- ✓ Respeto
- ✓ Compromiso
- ✓ Justicia
- ✓ Diligencia
- ✓ Resiliencia

➤ **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.**

- ✓ Posicionar la ESE como referente regional en salud
- ✓ Mejorar el estado de salud de la población objeto de la ESE.
- ✓ Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE.
- ✓ Incrementar fidelización de los usuarios
- ✓ Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios
- ✓ Alcanzar estándares superiores de calidad en salud
- ✓ Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE.
- ✓ Fortalecer competencias del Talento Humano.
- ✓ Fortalecer los sistemas de información y de comunicaciones.

1.2 MAPA DE PROCESOS





GES-OD-001 - VERSIÓN: 06

1.3 PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO 2023

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral

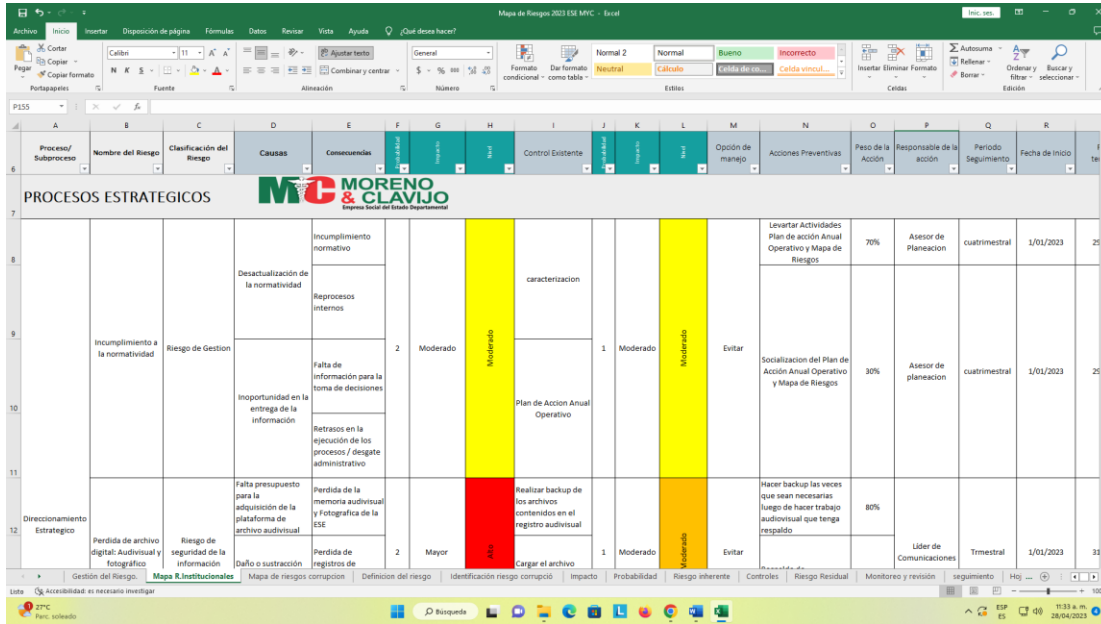
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN										
PLAN DE ACCION VIGENCIA 2023										
Nº	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Dimensión Operativa del MIPG	Política de Gestión y Dependencia Institucional MIPG	Proceso	Dependecia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
34	3. Establecer mecanismos de gestión administrativos y financieros que contribuyan a la competitividad y la rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Costabilidad	profesional en contabilidad / contador	Registro mensual en los sistemas financieros por concepto de inventario de los municipios	Acta de conciliación de saldo entre Almacén y Costabilidad de los Inventarios de Caseros centros municipio
35	3. Establecer mecanismos de gestión administrativos y financieros que contribuyan a la competitividad y la rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Costabilidad	profesional en contabilidad / contador	Conciliación de saldos entre Almacén y Costabilidad de propiedad planta y equipo	Acta de conciliación de: costabilidad y Almacén
36	3. Establecer mecanismos de gestión administrativos y financieros que contribuyan a la competitividad y la rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Costabilidad	profesional en contabilidad / contador	Realizar Conciliación saldo en libros con el área de Tesorería	Acta de conciliación de: costabilidad y Tesorería
37	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Generar Informe mensual o Quincenal de los cuentas por pagar para la toma de decisiones	Revisión de los cuentas por pagar
38	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Seguimiento y posterior registro en el libro de Banco al recordo de los estado de cuentas realizadas en los casos de los hospital y centros de salud adentro y fuera ciudad	Expediente en Libro el 100% de los vouches de estado contable para los hospitales y centros de salud
39	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Realizar Plan de pagos y ejecutar pago según programación	Plan de Pago/Registro de comprobantes de ingresos/Entradas Bancarias
100	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Reporte al área de Cartera, para la identificación de pagos por Clavijo, registre en el sistema por terceros	Reporte a través de correo al área de Cartera
101	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Realizar los libros mensuales un libro de Banco, de acuerdo a las Condiciones bancarias para mantener saldo actual	Extrato, Boleín, Tesorería y Conciliación firmados

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023										
Id	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Dimensión Operativa del MIPG	Política de Gestión y Decreción Institucional MIPG	Proceso	Dependencia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
21	6. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud	Contratado salud Confiable	Contratado calidad de servicio	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Proceso Estratégico Migramento Continuo	Garantía de la Calidad	Líder de proceso Garantía de la Calidad	Autoevaluación para la acreditación	Informe de Autoevaluación
28	6. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud	Contratado salud Confiable	Contratado calidad de servicio	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Proceso Estratégico Migramento Continuo	Garantía de la Calidad	Líder de proceso Garantía de la Calidad	Seguimiento a la efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Informe de Seguimiento al PAMEC
Proceso Misional										
29	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SAIU	SAIU	Líder de proceso SAIU	Registrar en la plataforma SUT de las PQRSDP	Informe de Registro Plataforma SUT
30	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SAIU	SAIU	Líder de proceso SAIU	Actualizar la Política de Humanización	Presentación y socialización de la Política de Humanización
31	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SAIU	SAIU	Líder de proceso SAIU	Formulación del Plan de Humanización	Socialización e Informe de ejecución del Plan de Humanización
32	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SAIU	SAIU	Líder de proceso SAIU	Capacitar al personal en protocolo Atención al Usuario	Dor (2) Capacitaciones al ído de forma virtual, registro fotográfico, pantalla, correo electrónico
33	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SAIU	SAIU	Líder de proceso SAIU	Informar a los usuarios internos y externos de forma virtual el Manual del usuario, Legajo Claro y sello, PORS	Dor (2) Capacitaciones al ído de forma virtual, registro fotográfico, pantalla, correo electrónico
34	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SAIU	SAIU	Líder de proceso SAIU	Actualizar y Socializar el Procedimiento, Títeme y Gestión de PQRSDP-GAR-001 en cada uno de los zócalo de la ESE	Socialización de forma virtual

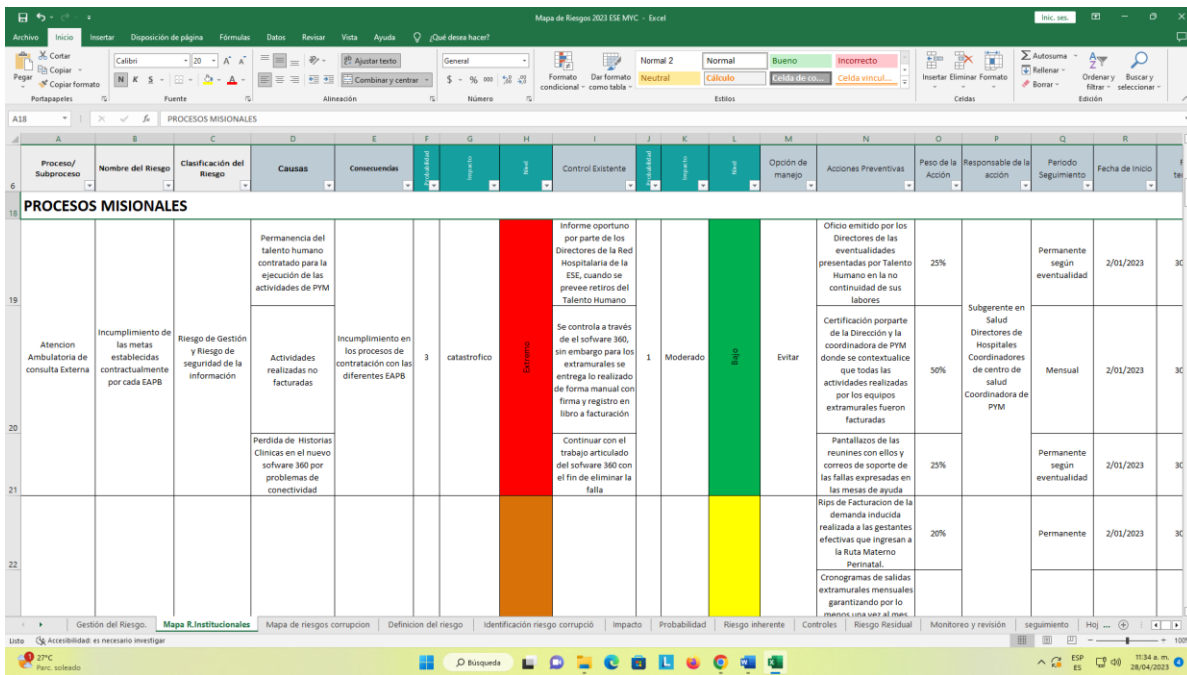
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023										
Id	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Dimensión Operativa del MIPG	Política de Gestión y Decreción Institucional MIPG	Proceso	Dependencia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
65	1. Posicionar la ESE como referente regional en Salud	Contratado salud Confiable	Contratado calidad de servicio	4. Evaluación de Rendimiento	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Proceso Misional Salud Pública	Salud Pública-PIC	Coordinador de Salud Pública Subgerente de Calidad Atención de Hospitalares y control de calidad profesional PIC	Realizar actividades programadas del contrato interadministrativo de salud pública- PIC	Phases de gestión para la ejecución de: contrato interadministrativo "Planes de trabajo", "Informe de ejecución de forma trimestral de las actividades que constituyen según programación", "Informe de ejecución para interacción o supervisión,
66	1. Posicionar la ESE como referente regional en Salud	Contratado Salud Confiable	Contratado Calidad de Servicio	4. Evaluación de Rendimiento	Seguimiento y Evaluación del desempeño institucional	Proceso Misional Tratado Asistencial	Referencia y Contrarreferencia	Subgerente financiero, director y subgerencia en salud	Realizar seguimiento al consumo de combustible de muestra trimestral vs tratado asistencial/realización de muestra trimestral.	Informe de traslado de muestra trimestral certificado por los Directores de los Hospitales y Coordinadores de los Centros asistenciales.
PROCESOS DE APOYO										
67	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	2. Dirección estratégica	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Presupuesto	Gregorio Guerrero	Consejo de equilibrio operacional para asegurar los compromisos de los reconocimientos auto, (reconocimiento + Producción sostenibilidad/gestión perdidos-derrochadores)	Crucé de información con Cartera y Facturación para el cierre mensual para guiar la conciliación y levantar los ajustes. Informe a Misionales y Controlaría
68	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	2. Dirección estratégica	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Presupuesto	Gregorio Guerrero	Realizar evaluación trimestral de equilibrio presupuestal.	Conciliación trimestral (4 al año)
69	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	2. Dirección estratégica	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Presupuesto	Gregorio Guerrero	Seguimiento y control de ajuste a los gastos de funcionamiento VS producción de forma trimestral.	Conciliación mensual (2 al año)
70	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	2. Dirección estratégica	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Presupuesto	Gregorio Guerrero	Identificar, monitorear y revisar periódicamente los riesgos de corrupción. "Definir controles eficaces y eficientes. "Detectar cambios en el contexto interno y externo.	Actualizar el Mapa de Riesgos
71	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Proceso Estratégico Discosomunitario Estratégico	Sistemas de Información	Sistemas de Información - Alberto Subagal	Classificar y validar la información Estadística de muestra mensual ("Reconocer Accor Impone en la forma como se allega la información programar las formas de validación que sea fidedignas)	Reporte Consolidado de producción de toda la entidad - estadísticas, Informe para el Misionales, Superintendencia UAESA
72	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Contratado salud Confiable	Contratado	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Proceso Estratégico	Sistemas de	Sistemas de	Identificar, monitorear, revisar, priorizar/eliminar los riesgos de corrupción y informar al Mapa de Riesgos.	

1.4 MAPA DE RIESGOS 2023

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral



Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Impacto	Control Existente	Probabilidad	Riesgo inherente	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término	
Incumplimiento a la normatividad	Riesgo de Gestión	Riesgo de Gestión	Desactualización de la normatividad	Incumplimiento normativo	2	Moderado	Moderado	Moderado	Evitar	Levantar Actividades Plan de acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	70%	Asesor de Planeación	cuatrimestral	1/01/2023	25	
			Reprocesos internos	Falta de información para la toma de decisiones						Retrasos en la ejecución de los procesos / desgate administrativo	Socialización del Plan de Acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	30%	Asesor de planeación	cuatrimestral	1/01/2023	25
			Inoportunidad en la entrega de la información	Perdida de la memoria audiovisual y Fotografía de la ESE						Perdida de registros de	Hacer backup las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual que tenga respaldo	80%	Líder de Comunicaciones	Trimestral	1/01/2023	31



Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Impacto	Control Existente	Probabilidad	Riesgo inherente	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Riesgo de Gestión y Riesgo de seguridad de la información	Permanencia del talento humano contratado para la ejecución de las actividades de PPM	Incumplimiento en los procesos de contratación con las diferentes EAPB	3	catastrofico	Extremo	Moderado	Evitar	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se previene retrasos del Talento Humano	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadores de PYM	Permanente según eventualidad	2/01/2023	30
			Actividades realizadas no facturadas	Se controla a través de el software 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación						50%	Mensual		2/01/2023	30	
			Perdida de Historias Clínicas en el nuevo software 360 por problemas de conectividad	Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla						25%	Permanente según eventualidad		2/01/2023	30	
			Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las Salas expresados en las metas de ayuda	Rips de Facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.						20%	Permanente		2/01/2023	30	

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel


Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo	Control Existente	Probabilidad	Impacto	Riesgo	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término	
PROCESOS DE APOYO																			
Gestión Presupuestal	Incumplimiento de la Norma por desconocimiento de la misma	Riesgo de Gestión	Desconocimiento del personal que interviene en los procesos presupuestales	Sanciones disciplinarias, fiscales y/o penales.	2	Mayor	Alto	Normograma	1	Moderado	Moderado	Actualizar del normograma	50%	Líder de Presupuesto	Semestral	01/01/2023	31/12/2023		
	Desactualización de procedimientos del proceso presupuestal	Riesgo de Gestión	Falta de aplicación o inexistencia de controles asociados al proceso		3	Mayor	Alto	Instructivo de preparación del presupuesto	2	Moderado	Moderado	Documentar los procedimientos necesarios del área	100%	Líder de Presupuesto	Trimestral	01/01/2023	31/03/2023		
	Desconocimiento del manejo del software	Riesgo de Gestión	Desconocimiento del personal que interviene en los procesos presupuestales	Intereses personales Ausencia de valores éticos en los encargados del proceso	3	Mayor	Alto	software 360	3	Moderado	Moderado	Reducir	Verificar la aplicación y los pasos del proceso	50%	Líder de Presupuesto	Trimestral	01/01/2023	31/03/2023	
	Afectar rubros de forma incorrecta del gasto en beneficio de un tercero	Riesgo de Fraude y/o corrupción	Deficientes		Enriquecimiento ilícito de	3	Catastrofico	Extremo	Manual de Presupuesto	3	Extremo	Extremo	Actualizar Manual de Presupuesto, socialización y adherencia	100%	Líder de Presupuesto	Permanente	01/01/2023	31/12/2023	

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo	Control Existente	Probabilidad	Impacto	Riesgo	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término	
PROCESOS DE EVALUACION																			
Seguimiento y Evaluación	Incumplimiento de la Norma	Riesgos de Gestión	Desconocimiento de la norma	Proceso desactualizado Sanciones	3	Mayor	Alto	Manual de Control Interno Actualizado	2	Moderado	Moderado	Evitar	Actualización del normograma del proceso	33	Asesor Control Interno	Semestral	01/01/2023	30/12/2023	
			Plan de Auditorías Vigencia 2023					Evitar				Verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditorías	34	Asesor Control Interno	Trimestral	01/01/2023	30/12/2023		
			Seguimiento a Planes de mejoramiento informe de las					Reducir				Entrega de Informes de acuerdo a las auditorías y seguimientos realizados	33	Asesor Control Interno	Trimestral	01/01/2023	30/12/2023		


Los tiempos de monitoreo se realizarán en los meses de mayo, septiembre y enero del 2024, entregando los correspondientes informes y cargándolos en la página de la entidad.


1.5 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO 2023


 <p>M&C MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01 Página 10 de 245	

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha Limite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción 2023						
Subcomponente 1: Política de administración de Riesgos	Desplegar la política de administración de riesgos actuales y sus elementos de desarrollo, la cual incluye los riesgos de corrupción	Despliegue de la política de administración de riesgos a través de medios institucionales establecidos (Página Web, correo electrónico, reuniones virtuales) verificación de la publicación de la política	Oficial Sarlaf Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Abril de 2023	Mayo de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Registros al Sarlaft	Reporte de registros cuando la supersalud y el Minsalud lo solicite	Oficial Sarlaft	Enero 2022 - Diciembre 2023	Mayo de 2023 - 31 Diciembre 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	Actualizar el Mapa de Riesgos de corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción Actualizado	Líderes y Asesores de Procesos, Subgerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	31 Enero de 2023	Mayo de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 3: Consulta y Divulgación	Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Publicar en la Pág. Web	Asesor de Planeación Comunicaciones	31 Enero de 2023	Mayo de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción a través de medios institucionales establecidos (Reuniones virtuales, publicar en pantallas institucionales, correo electrónico)	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 abril del 2023 - 30 Diciembre de 2023	Mayo de 2023 - 31 de Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 4: Monitoreo y revisión	Monitorear trimestralmente el cumplimiento de las actividades propuestas para la administración del riesgo de corrupción y retroalimentar a los líderes o apoyos del proceso	Reporte de monitoreo trimestral realizado	Asesor de Planeación	30 abril del 2023 - 30 Diciembre de 2023	Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Realizar Monitoreo a los controles de los riesgos de corrupción contemplados en el mapa de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a los controles de Riesgos de Corrupción	Líderes y Asesores de Procesos, Subgerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	30 abril del 2023 - 30 Diciembre de 2023	Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474

Subcomponente	Actividades	Mejora a Implementar	Responsable	Fecha Limite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Componente 2: Racionalización de Trámites 2023						
Subcomponente 1: Actualizar, Socializar y Publicar Trámites	Actualizar, Socializar y Publicar los enlaces de trámites en el Sitio Web	Trámites actualizados y publicados	SIAU Comunicaciones	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Actualizar los trámites publicados en el SUIIT	Trámites actualizados y publicados	SIAU Comunicaciones	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y denuncias de los ciudadanos	Identificación y actualización de PQRS -trámites	SIAU Líderes y asesores de procesos Planeación	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Racionalización de trámites institucionales	Identificar y analizar los trámites los cuales han sido objeto de atención y recurrencia	Identificar los trámites y gestionar soluciones para racionalización de trámites	SIAU Líderes y asesores de procesos Planeación	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con	Identificación de procesos, desplazamientos y costos de los trámites que afectan al usuario en tiempo y económicamente	SIAU Líderes y asesores de procesos Planeación	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2024	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Realizar campañas de difusión y estrategias que busquen la apropiación de las mejoras de los trámites en los servidores públicos de la entidad responsables de su implementación	Socializar, para hacer consciencia y encontrar mejoras en soluciones a trámites a todo el equipo de trabajo de la ESE Moreno y Clavijo	SIAU Comunicaciones	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2024	Control Interno Artículo 73 Ley 1474

		Sistema Integrado de Gestión				GPL-FO-005
						Versión: 03
						Página: 2 de 5
Componente 3: Atención al ciudadano 2023						
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha Límite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Subcomponente 1: Estructura administrativa y Dirección estratégica	Capacitar a todo el personal de la red Hospitalaria de la ESE Moreno Y Clavijo sobre lo que significa SIAU	Inducción y reintroducción al personal nuevo y antiguo de la importancia de SIAU en todo la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo	Coordinador SIAU Directores de Hospitales y Coordinadores de los centros	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 septiembre 2023 31 de Diciembre 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
	Mejorar la oportunidad de respuesta a las expresiones de los usuarios	Reporte mensual a la respuesta oportuna Mayor a 90%	Coordinador SIAU Directores de Hospitales y Coordinadores de los centros	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Fortalecimiento de los canales	Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al ciudadano en la página web	Dos (2) Informes de peticiones, quejas, reclamo publicado semestralmente en la página web	Coordinador SIAU Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 septiembre 2023 31 de Diciembre 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
	Realizar convocatoria para la ampliación y fortalecimiento de la asociación de usuarios de la institución	Campaña de divulgación permanentes por los distintos medios de la ESE (3 veces al año)	Coordinador SIAU Comunicaciones	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2024	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
	Realizar levantamiento de la caracterización de los grupos de valor - Terminar el proyecto de señalización institucional para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a las diferentes áreas y servicios de la institución.	Informe caracterización realizada con registro fotográfico	Cordinador SIAU	30 septiembre 2023 31 de Diciembre 2023	31 de Diciembre 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
Subcomponente 3: Talento Humano	Realizar capacitación a servidores y contratistas (Mejorar competencias de los servidores en relación con la atención con calidad y calidez a los usuarios y sus familias)	Dos capacitaciones al año (planilla de asistencia) y soporte de presentación material de capacitación	Cordinador SIAU	Agosto - Diciembre 2023	31 de Diciembre 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
	Incorporar en el plan institucional de	Dos capacitaciones al año				

		Sistema Integrado de Gestión				GPL-FO-005
						Versión: 03
Componente 4: Rendición de Cuentas 2023						
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha Límite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Subcomponente 1: Información de calidad y en lenguaje comprensible	Entregar información de Gestión del periodo a rendir en lenguaje comprensible al ciudadano requerida para la rendición de cuentas. NOTA: la fecha máxima para ubicar esta información es el día 10 del mes de abril.	Entrega Realizada	Subgerente administrativo y financiero subgerente de Salud Asesor de Planeación Asesor de Calidad, Control Interno y Comunicaciones	30 de Mayo de 2023	30 de Septiembre 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
		Publicación de la fecha de la rendición de cuentas publicada en la página web de la SUPERSALUD Publicación del Informe de gestión vigencia 2021 página WEB de la ESE Moreno y Clavijo	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
		Resultados de gestión divulgados en medios institucionales (página web, boletines, redes sociales)	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
	Diseñar y enviar por diferentes canales, las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas.	SIAU Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Recolectar y consolidar las inquietudes y solicitudes de la comunidad recibidas con antelación a la audiencia de rendición de cuentas para dar trámite oportuno.	Inquietudes y solicitudes recolectadas mediante enlace habilitado en la página web en el link de rendición de cuentas para recibir preguntas previo a la actividad	SIAU Asesor de Planeación	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
	Realizar la Rendición Pública de Cuentas	Rendición Pública de Cuentas realizada	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Mayo de 2023	30 de Septiembre 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474
	Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Incluir en cada audiencia de rendición de cuentas realizada a la comunidad, los mecanismos que tiene la institución para fortalecer la participación ciudadana	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Articulo 73 Ley 1474

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 12 de 245

1.6 INFORME DE GESTION GERENCIAL 2022 RESOLUCION 408 DE 2018

Se presento a Junta Directiva el informe de gestión gerencial de la vigencia 2022 el día 27 de marzo del año 2023.

Con el siguiente resultado

MATRIZ DE CALIFICACION										
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Resultado del periodo Evaluado	Estandar Propuesto	Calificación (ver instructivo de calificación)	Ponderación	Resultado ponderado	Documento soporte	Seguimiento	Observaciones (debera evidenciarse los soportes tecnicos)
a	b	c	j	j	k	l	m=k*l			
DIRECCION Y GERENCIA	1	Nivel I	1,2	≥1,2	5	0,050	0,25	AUTOEVALUACION AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	SI CUMPLE	Una vez aplicado los instrumentos de autoevaluación para la acreditación que correspondió a la vigencia 2022 se obtuvo como resultados 1,35 según se evidencio en el documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN							GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN							Versión 01	
								Página 13 de 245	


	2	Nivel I	0,93	≥0,90	5	0,050	0,25	CERTIFICACION PAMEC	SI CUMPLE	Para la Vigencia 2022 El PAMEC alcanzo un 93,42% de cumplimiento de las 76 actividades programadas, quedando 5 actividades atrasadas lo que comprende un porcentaje del 6,587%, comparado con el la vigencia anterior mejoro el porcentaje de logros. Se evidencio el respectivo cargue a la Supersalud de acuerdo a lo establecido en el ANEXO ST002- CIRCULAR 012 DE 2016 PAMEC
	3	Nivel I	1,18	≥0,90	5	0,100	0,50	INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO	SI CUMPLE	El resultado Global es del 93% dando cumplimiento al indicador
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Nivel I con categorización de riesgo alto o medio.	NO APLICA (suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta termino de emergencia sanitaria")	NO APLICA (suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta termino de emergencia sanitaria")	0	0,000	0,00	N/A	N/A	N/A

	5	Nivel I	0,85	<0,90	3	0,057	0,17	CERTIFICACION DE LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	SI CUMPLE	De acuerdo a la información obtenida del módulo de presupuesto de dinámica, y una proyección del aplicativo de cálculo de la uvr genera un resultado de 0,85
	6	Nivel I	0	≥0,70	0	0,057	0,00	CERTIFICACION DEL PROCESO JURIDICO	NO CUMPLE	CONTRATACION COMPRAS CONJUNTAS
	7	Nivel I	0	Cero (0) o variación negativa.	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DEL LIDER DE GESTION CONTABLE	SI CUMPLE	Se evidencia certificación del líder de contabilidad y revisor fiscal en la que informa el estado de la deuda por concepto de obligaciones contratación externa y obligaciones laborales con corte a 30 de diciembre de 2022

	8	Nivel I	100%	4	5	0,057	0,29	ACTA DE JUNTA DIRECTIVA N° 007 Y ACTA DE JUNTA DIRECTIVA N° 013	SE HA CUMPLIDO AL 100%, SE HAN ENTREGADO 4 INFORMES A JUNTA DIRECTIVA.	Se ha cumplido al 100%, se han entregado 4 informes a junta directiva.
	9	Nivel I	1,08	≥ 1.00	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL	NO CUMPLE	SE CUMPLE CON EL INDICADOR
	10	Nivel I	100%	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	5	0,057	0,29	PANTALLAZO ENTREGA DE CIRCULAR UNICA	SI CUMPLE	Uno de los compromisos adquiridos con las EPS y los entes de control y vigilancia es el de cumplir de manera oportuna con el envío de la información estadísticas y datos de producción. De este modo la autoevaluación que se tomará como línea base del indicador corresponde a la de la vigencia 2021 (100%) y para la vigencia 2022(100%). Este indicador alcanzó un

									<p>cumplimiento del 100% de cumplimiento en la entrega de información para la vigencia 2022, quedando con un alto grado de oportunidad, continuando con el mismo porcentaje de cumplimiento de la vigencia anterior.</p>
11	Nivel I	100%	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES	SI CUMPLE	<p>La ESE Departamental Moreno y Clavijo dio cumplimiento con el reporte de la información de producción, cartera, facturación, talento humano y presupuesto, cargando toda la información de los formatos establecidos y reglamentada por el Decreto No. 2193 de 2004, la cual se realiza de maneta trimestral y anual. Dando un cumplimiento del 100% para este indicador, siguiendo con el mismo porcentaje de cumplimiento de la vigencia anterior.</p>

CLINICA Y ASISTENCIAL	12	Nivel I	0,75	≥0,85	3	0,080	0,24	CERTIFICACION DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	El porcentaje de ingresos al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación fue del 75% para la vigencia 2022 en la ESE, quedando por debajo del corte esperado que es del 85%.
	13	Nivel I	5	0 casos	0	0,080	0,00	SE EVIDENCIA PANTALLAZO EN EL SIVIGILA	NO CUMPLE	Se evidencia pantallazo en sivigila donde se observa las ocurrencias de casos en el año 2022
	14	Nivel I	0,97	≥0,90	5	0,070	0,35	CERTIFICACION DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	se evidencia certificación de los indicadores de gestión DEL I, II, III Y IV trimestre de 2022 en donde se registrala aplicación de guías de hipertensión en pacientes
	15	Nivel I	0,98	≥0,70	5	0,060	0,30	INFORME DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de los indicadores de gestión del I, II, III Y IV trimestre de 2022 en donde se registrala aplicación de guías de crecimiento y desarrollo en pacientes
	16	Nivel I	0,005	≤0,03	5	0,050	0,25	CERTIFICACION Subgerencia de Salud	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de oportunidad de atención en pacientes en consulta general y

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 18 de 245


										reingreso por urgencias
17	Nivel I	0,0465	≤3	5	0,060	0,30	CERTIFICACION Subgerencia de Salud	SI CUMPLE		Se evidencia certificación de oportunidad de atención en pacientes en consulta general
TOTAL						4,06				

1.7 PROYECTOS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CODIGO_HABILITACION	NOMBRE SEDE	NOMBRE PROYECTO	TIPO OBRA	INFRAESTRUCTURA VALOR
Arauca	ARAQUITA	810650020620	PUESTO DE SALUD EL OASIS	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EL OASIS DEL MUNICIPIO DE ARAQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	ARAQUITA	810650020621	PUESTO DE SALUD LA PAZ	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA PAZ DEL MUNICIPIO DE ARAQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	ARAQUITA	810650020625	PUESTO DE SALUD EL PARAISO	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EL PARAISO DEL MUNICIPIO DE ARAQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	ARAQUITA	810650020602	HOSPITAL SAN LORENZO	CONSTRUCCION DEL NUEVO HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAQUITA	1.Obra nueva	POR DEFINIR

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 19 de 245

Arauca	FORTUL	813000020627	PUESTO DE SALUD CARANAL	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA CARANAL DEL MUNICIPIO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	FORTUL	813000020606	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.	3.Remodelación	3.791.808.924,37
Arauca	TAME	817940020603	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	FORTALECIMIENTO A LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE LA DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS, MOBILIARIO E INDUSTRIALES DE USO HOSPITALARIO PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITO A LA ESE MORENO Y CLAVIJO, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.		7.300.000,00
Arauca	TAME	817940020632	PUESTO DE SALUD LA HORQUETA	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA ORQUETA DEL MUNICIPIO DE TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	TAME	817940020636	PUESTO DE SALUD PUERTO NIDIA-JUAN CARLOS CHAMAT	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA PUERTO NIDIA DEL MUNICIPIO DE TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 20 de 245

Arauca	TAME	817940020639	PUESTO DE SALUD FILIPINAS	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA FILIPINAS DEL MUNICIPIO DE TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	CRAVO NORTE	812200020604	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	CONSTRUCCION Y TERMINACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	POR DEFINIR


1.8 Otras Actividades

* Durante los meses de julio, agosto y septiembre se realizaron las siguientes actividades, monitoreo y seguimiento del Plan de Acción Anual Operativo de la vigencia 2023, mapa de riesgos institucional y Plan Anticorrupción y atención al ciudadano; la cual se realizó durante el mes de septiembre con resultados de un **98%** de cumplimiento en el Plan de acción para el segundo cuatrimestre.

Plan de Acción Anual Operativo:

PROCESOS ESTRATÉGICOS


PROCESOS ESTRATÉGICOS	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
Planeacion	25	25	27	33%	33%	100%
Garantia de la calida	2	2		33%	33%	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 21 de 245

PROCESOS MISIONALES

PROCESOS MISIONALES	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
SIAU	13	13	67	33%	33%	100%
Consulta Externa: (PyM)	9	9		33%	33%	
Consulta Externa	2	2		33%	33%	
Promoción y Prevención (PAI)	7	7		33%	33%	
Urgencias y Hospitalización	2	2		33%	33%	
Referencia y Contrarreferencia	3	3		33%	33%	
Seguridad del Paciente	1	1		33%	33%	
Servicio Farmacéutico	8	8		33%	33%	
Salud Pública - Vigilancia Epidemiológica	5	5		33%	33%	
Salud Pública - PIC	1	1		33%	33%	
Unidades Asistenciales de Laboratorio clínico	1	1		33%	33%	
Sistemas de Información y Estadística	16	16		33%	33%	

PROCESOS DE APOYO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01 Página 22 de 245	

PROCESOS APOYO	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
Gestión Contabilidad	6	6	111	33%	33%	99%
Gestión Presupuesto	4	4		33%	33%	
Gestión Tesorería	8	8		33%	33%	
Gestión Cartera	8	8		33%	33%	
Gestión Facturación	9	9		33%	33%	
Gestión Talento Humano	14	14		33%	33%	
Gestión Sistemas y tecnología	7	7		33%	33%	
Comunicaciones	11	11		33%	33%	
Gestión Jurídica	9	9		33%	33%	
Gestión Adquisiciones Almacén	8	8		33%	33%	
Gestión Ambiental	8	7		32%	33%	
Gestión Infraestructura	7	7		33%	33%	
Gestión de Calidad	6	6		33%	33%	
Gestión Documental	5	5		33%	33%	
Gestión Nuevas tecnologías	1	1		33%	33%	


La evaluación de Ambiental en su calificación no fue favorable debido, a que no contaba con cronograma de socializaciones del programa ambiental y no las había realizado tampoco a la fecha.

PROCESOS DE EVALUACIÓN

PROCESOS EVALUACION	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
Control Interno	14	14	14	33%	33%	100%

Un cumplimiento total del 99%

Plan Anticorrupción

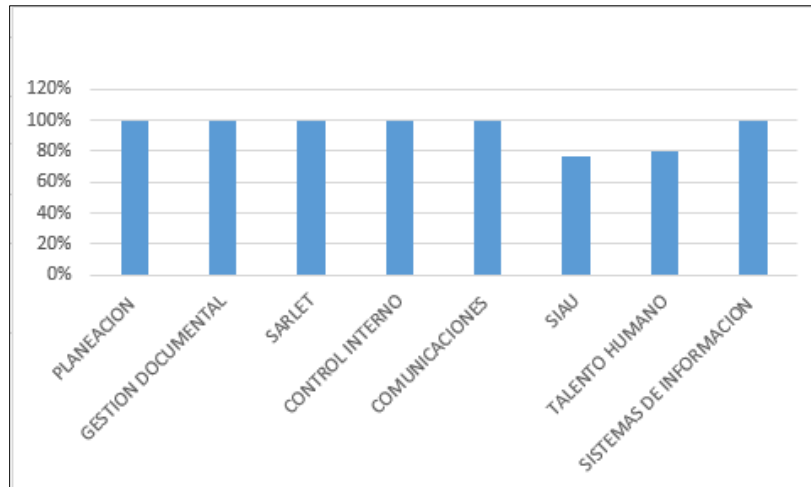
		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN					GPL-FO-006	
		SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO					Versión 02	
		Página 1 de 1						
Periodo de seguimiento: 2do cuatrimestre 2023		Fecha Seguimiento: del 4 al 7 de Septiembre 2023						
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción							EQUILIBRIO (AVANCE DE GESTIÓN)	
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	META O ENTREGABLE	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO %	TOTAL
1. Política de administración de Riesgos	Desplegar la política de administración de riesgos actuales y sus elementos de desarrollo, la cual incluye los riesgos de corrupción.	Despliegue de la política de administración de riesgos a través de medios institucionales (Página Web, correo electrónico, reuniones virtuales)	Responsable Sarlaft Asesor de Planeación Comunicaciones	Política de Riesgo	www.esmorenoyclavijo.gov.co/accosociedadinformacion/plantforma-estrategica	La Política de Riesgo se actualizó a finales de la vigencia 2022, se encuentra socializada con funcionarios y publicada en la página web de la entidad. Se recomienda actualizarla a Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6/Nov 2022	33%	33%
	Registros al Sarlaft	Reporte de registros cuando la Supervialud y el Min salud lo solicite	Responsable Sarlaft	Plataforma SARLAFT		Se hacen reportes mensualmente mediante sistema de reporte en línea - SIMEL, desde la página de la Unidad de Información y Política Transparencia -UIPT		33%
2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	Actualizar el Mapa de Riesgos de corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción Actualizado	Jefes y Asesores de Proceso, Subgerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	Mapa de Riesgos Institucional 2023	https://esmorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/	Se encuentra actualizado y en página web institucional desde el mes de enero de 2023, sin embargo se realizó actualización en el mes de Marzo 2023 y se cargó en la página web de la entidad	33%	33%
	Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Publicar en la Pág. web	Asesor de Planeación Comunicaciones	Documento del mapa de riesgos.	https://esmorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/	Se encuentra publicado el página web institucional desde el mes de enero de 2023, sin embargo se realizó actualización en el mes de Marzo 2023 y se cargó en la página web de la entidad	33%	33%
3. Consulta y Divulgación	Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción a través de medios institucionales establecidos (Reuniones virtuales, publicar en pantallas institucionales, correo electrónico)	Asesor de Planeación Comunicaciones	Socialización del mapa de riesgos		A la comunidad en general se socializó por medio de la página web de la entidad https://esmorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/ y funcionarios se socializó por medio de mesas de trabajo, en reuniones presenciales y virtuales en el mes de marzo 2023	33%	33%
	Monitorear trimestralmente el cumplimiento de las actividades propuestas para la administración del riesgo de corrupción y retroalimentar a los líderes o actores del proceso	Reporte de monitoreo trimestral realizado	Asesor de Planeación	Plataforma SIUT	Se cuenta con reporte de monitoreo de la plataforma SIUT realizado en el mes de agosto, por parte de la asesora de planeación			33%
4. Monitoreo y revisión	Realizar seguimiento a los controles de los riesgos de corrupción contemplados en el mapa de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a los controles de Riesgos de Corrupción	Jefes y Asesores de Proceso, Subgerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	Informe de seguimiento	https://esmorenoyclavijo.gov.co	En página web se encuentra seguimiento realizado a riesgos de corrupción, con corte a abril 2023. Una terminado este seguimiento se cargó a pag web para cumplir con seguimiento del segundo cuatrimestre 2023	33%	33%
	Evaluar el componente de Gestión de Riesgos de corrupción y controles asociados a éstos	Informe de seguimiento al componente y a los controles de Riesgos de Corrupción	Control Interno	Se solicita informes mensuales y los requerimientos de los entes de vigilancia y control	Se encuentran informes en medio físico en cargado. Oficina e informes 2023 Igualmente se realiza seguimiento a mapa de riesgos de manera cuatrimestral		33%	33%
Del 100% de avance para este periodo se seguimiento se cumplió con un porcentaje de:							100%	
Componente 2: Racionalización de Trámites							EQUILIBRIO (AVANCE DE GESTIÓN)	
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	META O ENTREGABLE	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO %	TOTAL
5. Seguimiento	Implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados de la evaluación de las encuestas aplicadas.	Implementar las acciones de mejora según evaluación en toda la red hospitalaria.	SAU	Implementar acciones de mejora según evaluación de encuestas en toda la red hospitalaria	Se ha gestionado el call center y software de asignación de citas, para disminuir tiempos y costos en los usuarios que acuden a la implementación de acciones para racionalización de los usuarios de ESE	Se recomienda continuar las mejoras en la institución respecto a la implementación de acciones para racionalización de los usuarios de ESE	33%	33%
	Evaluar la entrega a la Atención al Ciudadano	Informe de la evaluación	Control Interno	Servicio al Cliente CI realiza informe de PCRS con respectivas recomendaciones	https://esmorenoyclavijo.gov.co/registros-de-control-interno/		33%	33%
Del 100% de avance para este periodo se seguimiento se cumplió con un porcentaje de:							98%	
Componente 6: Rendición de Cuentas							EQUILIBRIO (AVANCE DE GESTIÓN)	
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	META O ENTREGABLE	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO %	TOTAL
1. Información de calidad y en lenguaje comprensible	Entregar información de Gestión del periodo a rendir en lenguaje comprensible al ciudadano requerido para la rendición de cuentas NOTA: la fecha máxima para ubicar esta información es el 30 del mes de abril.	Publicación del informe de gestión vigencia 2022 página web de la ESE Moreno y Clavijo	Asesor de Planeación Comunicaciones	Informe de gestión 2022 publicado en la página web institucional	https://esmorenoyclavijo.gov.co/leg-comunicacion/2023/04/Informe-de-gestion-anual-2022.pdf		33%	100%
		Publicación de la fecha de la rendición de cuentas publicada en la página web	Asesor de Planeación Comunicaciones	Se realizó la publicación de la fecha de la rendición de cuentas en la página web y página Facebook institucional	https://esmorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/ https://esmorenoyclavijo.gov.co/leg-comunicacion/2023/02/Informe-de-gestion-Anual-2022.pdf	Se emitió archivo de reporte 2023/1003 con información de rendición de cuentas a supervialud	33%	33%
		Resultados de gestión divulgados en medios institucionales (página web, boletines, redes sociales)	Asesor de Planeación Comunicaciones	Resultados de la rendición de cuentas.	Página web www.esmorenoyclavijo.gov.co , en el botón de rendición de cuentas.			33%
2. Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Disfrazar y enviar por diferentes canales, invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas	SAU Asesor de Planeación Comunicaciones	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas		Se invitó por medio de correos electrónicos, publicación en la página web, publicación en facebook institucional e invitaciones de forma física a diferentes partes interesadas	33%	33%
	Recibir y canalizar las inquietudes y solicitudes de la comunidad recibidas con anterioridad a la audiencia de rendición de cuentas para dar trámite oportuno.	Inquietudes y solicitudes recibidas mediante el enlace habilitado en la página web en el link de rendición de cuentas para recibir preguntas previa a la actividad	SAU Asesor de Planeación	Inquietudes y solicitudes recibidas mediante el enlace habilitado en la página web en el link de rendición de cuentas para recibir preguntas previa a la actividad	Se dispuso del enlace https://esmorenoyclavijo.gov.co/participacion-en-la-formulacion-de-politica/ con el fin de recibir preguntas previas relacionadas a la rendición de cuentas y el formato físico de participación de la audiencia pública, con el fin de entregar en medio físico en la oficina de SAU o enviar al correo electrónico de SAU			33%
3. Incentivos para motivar la cultura de la rendición y gestión de cuentas	Realizar la Rendición Pública de Cuentas	Rendición Pública de Cuentas realizada	Asesor de Planeación Comunicaciones	Se tiene asignada rendición de cuentas para el día 22 de junio de 2023	https://esmorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/	Se dio fin cumplimiento a este importante actividad para la entidad	33%	33%
	Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Indicar en cada audiencia de rendición de cuentas realizada a la comunidad, los mecanismos que tiene la institución para fortalecer la participación ciudadana	Asesor de Planeación Comunicaciones	Mecanismos de participación informados en página web institucional	https://esmorenoyclavijo.gov.co/leg-comunicacion/2023/04/Reglamento-Audiencia-Publica-Rendicion-de-Cuentas-Vigencia-2022.pdf		33%	33%
4. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	Ofertar incentivo a la asociación de usuarios mayor participación en jornada de rendición de cuentas	Reconocimiento no monetario a la asociación de usuarios	SAU Asesor de Planeación	Entrega de reconocimiento no monetario a asociación de usuarios	El día 22 de junio, en rendición de cuentas de vigencia 2022, se entregó a los principales miembros de la asociación de usuarios un diploma en reconocimiento a su trabajo desinteresado en pro de nuestros usuarios	Se entregó reconocimiento a las asociaciones de Fama, Ansejota y Fetal	33%	33%
	Realizar socialización con el subproceso de talento humano para intensificar el proceso de rendición de cuentas	Realizar socialización	Talento Humano Asesor de Planeación	Socialización con el objetivo de conocer proceso de rendición de cuentas en comité de desempeño de la entidad	Se cuenta con acta de Comité de Gestión y Desempeño con fecha del 09 de Marzo de 2023			33%
Del 100% de avance para este periodo se seguimiento se cumplió con un porcentaje de:							100%	

3. Estructura administrativa y direccionamiento estratégico	Capacitar a todo el personal de la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo sobre lo que significa SAU	reducción y reducción al personal nuevo y antiguo de la importancia de SAU en todo la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo	SAU Directores de Hospitales y Administradores de los centros y puntos de salud de la Red Hospitalaria	Se realizó inducción y reducción al personal de la entidad	Se realizó en el mes de abril 2023, como evidencia se encuentran planillas de asistencia y evidencia fotográfica.	Igualmente, se ha hecho reducción en los hospitales y centros de salud. Se evidencia que por medio de inducción al personal nuevo de la entidad, se tratan temas como: Misión, Visión, Objetivos Estratégicos, Principios y Valores Institucionales, Políticas Institucionales y Código de Integridad, derechos y Deberes del Usuario, Programa de Humanización, PQRSDF	33%	33%	
	Mejorar la oportunidad de respuesta a las expresiones de los usuarios	Reporte mensual a la respuesta oportuna Mayor a 90%	SAU Directores de Hospitales y Administradores de los centros y puntos de salud de la Red Hospitalaria	Se realiza reporte y trimestral informe tipo 3 Encuentras Res. 256	3 Correos electrónicos enviados desde hospitales y centros de salud a coordinador de SAU de la sede principal y a profesional de sistemas de información. Se hace de manera trimestral en cada vigencia.		33%	33%	
2. Fortalecimiento de los canales de atención.	Revisar y actualizar la información relacionada con atención al ciudadano en la página web	Des (2) Informes de peticiones, quejas, reclamos publicado semestralmente en la página web	SAU Comunicaciones	Informe de PQRS semestral	Se cuenta con informe semestral de PQRSDF		33%	33%	
	Realizar convocatoria para la ampliación y fortalecimiento de la asociación de usuarios de la institución	Campaña de divulgación permanentes por los distintos medios de la ESE	SAU Comunicaciones	Se realizó campañas en los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria	Se encuentran oficios de convocatorias y actas de reunión de los hospitales: San Lorenzo/Panamá, San Antonio, Cervo Norte, San Francisco de Forul, San Juan de Dios	Se recomienda gestionar asociación de usuarios en los hospitales y centros de salud que hacen falta: Panamá y Pio Jordán	25%	25%	
	Realizar levantamiento de la caracterización de los grupos de valor para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a los diferentes áreas y servicios de la institución.	Informe con registro fotográfico	SAU	Caracterización de grupos de valor	Definición Institucional de acceso a los usuarios a los diferentes servicios	Se realizó levantamiento de caracterización de grupos valor de la entidad en el mes de agosto 2023 En cada hospital y centro de salud de la red de la ESE, se fortaleció la señalización de las respectivas áreas, con el fin de mejorar el acceso de los usuarios en cada centro hospitalario		33%	33%
3. Talento Humano	Realizar capacitación a servidores y contratistas (Mejorar competencias de los servidores en relación con la atención con calidad y calidez a los usuarios y sus familias)	Des capacitaciones al año (planilla de asistencia)	Talento Humano SAU	En sede seguimiento se evidencia capacitación realizada a servidores y contratistas de los hospitales y centros de salud	Se cuenta con evidencias fotográficas y planillas de asistencia de la sede principal, Hospital Tame, Hospital Forul, Cervo Norte y Puerto Rondón	Se recomienda realizar capacitación en hospitales y centros de salud, faltantes	33%	33%	
	Incorporar en el plan institucional de capacitación temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio), comunicaciones asertivas y lenguaje simple.	Des capacitaciones al año (planilla de asistencia)	Talento Humano SAU	Capacitación temas relacionados con mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio), comunicación asertiva y lenguaje simple.	Se cuenta con programación en Cultura Organizacional, Clima Laboral, Trabajo en Equipo, Servicio al Ciudadano.			33%	33%
4. Normativo y procedimental	Publicar de manera semestral, el informe de gestión de la PQRS	Des informes de Gestión publicados en la web de la ESE	SAU	Se hace publicación semestral de informe PQRSDF	https://www.morenoyclavijo.gov.co/temas-de-control-ciudadano/		33%	33%	
	Realizar campañas informativas sobre responsabilidad de los servidores públicos a los derechos de los ciudadanos.	Campañas con responsabilidades de los servidores públicos a los derechos de los usuarios	SAU	Realizar campañas informativas sobre responsabilidad de los servidores públicos a los derechos de los ciudadanos.	Se realizan socializaciones con el fin de sensibilizar a los servidores en los derechos y deberes de los usuarios			33%	33%
	Publicar en los canales de atención la carta de diez reglas de oro para el trato digno	Carta de Trato digno socializada y publicada	SAU	Gestionar publicación de carta de diez reglas de oro para el trato digno	Se cuenta con la carta de diez reglas de oro para el trato digno al usuario			33%	33%
5. Relacionamiento con el ciudadano	Realizar protocolo de Atención al ciudadano	Des capacitaciones en Atención al ciudadano y lenguaje claro a los servidores de toda la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo	SAU	Capacitaciones en Atención al ciudadano y lenguaje claro a los servidores de la entidad	Se cuenta con planillo hasta el mes de mayo 2023 para realizar la primera capacitación en tema de lenguaje claro	El protocolo de atención al ciudadano se encuentra actualizado a enero de 2023, sin embargo se recomienda actualizarlo según Circular del 202310100000010-5 de 2023 22-06-2023 de la Superintendencia	33%	33%	
	Realizar evaluación y retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias con el proceso de atención, y utilizar esta información como base en las reuniones de los grupos de mejora	Des informes de Gestión publicados en la web	SAU Comunicaciones	Evaluación y retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias	Se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias, de manera periódica			33%	33%

Componente 5: Transparencia y acceso a la información							ACUMULADA (AVANCE DE GESTIÓN)		
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	META O ENTREGABLE	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO 2	TOTAL	
1. Lineamiento transparencia activa	Capacitación a funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Realizar 2 Capacitaciones	Sistemas de la información SAU	Realizar capacitación a funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Se realizó en el mes de julio 2023, se encuentran planillas de asistencia		33%	33%	
	Capacitación a usuarios de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Realizar 2 Capacitaciones	Sistemas de la información SAU	Realizar capacitaciones a usuarios de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Se realizó en el mes de agosto 2023, se encuentran planillas de asistencia		33%	33%	
	Publicar la información según normatividad en el marco de transparencia y acceso a la información pública	Generar, organizar y publicar la información	Sistemas de la información SAU	Se realizan publicaciones oportunas de la información allegada por los diferentes oficios y que son normativas en el marco de transparencia y acceso a la información pública	Página web www.morenoyclavijo.gov.co https://www.morenoyclavijo.gov.co/acceso-a-la-informacion-y-transparencia/			33%	33%
	Asegurar el registro de los contratos de la entidad en el SECCP	Registro en el SECCP del 100% de los contratos	Talento Humano	Registro total de todos los contratos en SECCP de la entidad	https://www.morenoyclavijo.gov.co/portal/Transparencia/Contratos https://www.morenoyclavijo.gov.co/portal/Transparencia/Contratos			33%	33%
	Publicar en la Pág. web de Transparencia y acceso a la información de las escalas salariales de funcionarios y contratistas	Informe de escala salarial publicado	Talento Humano	Escala salarial publicada en plig. web institucional	Se evidencia en: https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2021/08/Aguiones-Salariales-2023-ESE-Moreno-y-Clavijo.pdf	Se recomienda realizar carga de información relacionada a honorarios y equivalentes para los contratos de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión que celebre la entidad		33%	33%
	Asegurar el registro de las hojas de vida de los servidores y contratistas de Función Pública en el SECCP	Registro en el SECCP del 100% de las Hojas de Vida	Talento Humano	Registro del 100% de hojas de vida en sigep	Se está llevando a cabo el registro del talento humano	Se recomienda realizar carga del total de los servidores y contratistas	20%	20%	
2. Lineamientos de Transparencia pasiva	Gestionar la respuesta a derechos de petición en los términos establecidos en la norma	Esquema de publicación de la información actualizado	SAU Sistemas de la información	Se gestionaron las solicitudes de información en el cuatrimestre	Equipo Sistemas de Información: solicitudes de información/2023	Durante el segundo cuatrimestre, los líderes de SAU y Sistemas de Información manifestaron no haber recibido derechos de petición	33%	33%	
	Realizar informe de seguimiento trimestral número de solicitudes de información y de derechos de petición que recibe mensualmente	Informe de seguimiento	Sistemas de Información	En el periodo evaluado se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 2do. trimestre 2023	Equipo sistemas de información Datos de INFORMACION/licitud solicitudes/2023/Trimestre		33%	33%	
	Realizar informe de seguimiento trimestral el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa	Informe de seguimiento	Sistemas de Información	En el periodo evaluado se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 2do. trimestre 2023	Informe de gestión trimestral/cargado			33%	33%
	Realizar informe de seguimiento trimestral el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada.	Informe de seguimiento	Sistemas de Información	En el periodo evaluado se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 2do. trimestre 2023	Informe de gestión trimestral/cargado			33%	33%
	Realizar y aprobar la resolución de los costos de reproducción de información diferente a copias, de acuerdo con los medios en que reposa la información de la entidad	Resolución Aprobada	Sistemas de Información	Resolución 078/2020 Acto administrativo costos de reproducción	https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2020/10/RESOLUCION-078-2020.pdf			33%	33%
3. Instrumentos de gestión de la información	Revisar el listado de información clasificada reservada y la tabla de control de acceso	Índice de información clasificada y reservada actualizado, adoptado y publicado	Comunicaciones Gestión Documental	Se encuentra dentro del PINAM para la vigencia 2023	Se encuentra actualizado en https://www.morenoyclavijo.gov.co/tema-de-gestion/		33%	33%	
	Actualizar el esquema de publicación de información	Esquema de publicación de la información actualizado	Comunicaciones Gestión Documental	Se encuentra esquema de información actualizado en agosto 2023	https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/08/Esquema-140-CPL-2023-0001-1.pdf https://www.morenoyclavijo.gov.co/sistema-de-publicacion-de-informacion/		33%	33%	
	Publicar el índice de información Reservada y Clasificada en la sección de Transparencia y acceso a la información pública de su sitio Web oficial	Publicación Realizada	Líder de Gestión Documental	Se encuentra la publicación del índice Reservada y Clasificada en la sección de Transparencia y acceso a la información pública	Esquema de publicación de la información https://www.morenoyclavijo.gov.co/esquema-de-publicacion-de-informacion/			33%	33%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 25 de 245

De acuerdo al monitoreo realizado, los resultados acumulados fueron del 95%, sobre el cumplimiento de las 59 actividades planteadas en el PAAC 2023.



CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:


1. Se observa que, dentro de este cuatrimestre, se dio cumplimiento a los compromisos plasmados dentro de los cinco componentes del PAAC, como son Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción, Racionalización de Trámites, Atención al ciudadano, Rendición de Cuentas, Transparencia y acceso a la información, observándose el compromiso por parte de los líderes del proceso, según resultado obtenido por Monitoreo realizado.

2. Es necesario mantener una trazabilidad desde el área SIAU, a todas las actividades concernientes a la comunicación directa con el ciudadano con la simplificación y racionalización de los trámites, a través de los mecanismos SIAU.

Mapa de Riesgos

La metodología de seguimiento a través de las visitas a sitios de trabajo, permite lograr una interacción de la oficina de planeación, responsable del monitoreo, con cada uno de los líderes de procesos.

Para el siguiente monitoreo, se visitaron todos los centros asistenciales.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01	
		Página 26 de 245

Fue común denominador la falta de adherencia y su evaluación, de las guías, protocolos, soportes organizados en carpetas con todas las evidencias (Registro Fotográfico, Planilla de Asistencias, Manual Actualizado), en cada en los procesos.

Es necesario capacitar a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad y Validar, consolidar la información Estadística de manera mensual para la Matriz de Indicadores para la validación.

En términos generales, se está cumpliendo con los objetivos trazados a través del Mapa de Riesgos Institucional 2023, los procesos de apoyo y seguimiento y control con mayor relevancia, quedando tareas inmediatas para el proceso asistencial, que deben ser gestionadas por los responsables del mismo.

La información que reposa en los PC, debe quedar en un Backus y de forma permanente, sin importar si el o los responsables sean cambiados, porque ahí está la evidencia de los controles que se establecieron en Mapa de Riesgos Institucional 2023

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 2	
PROCESOS MISIONALES								
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas contractuales por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevén retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	Se recibieron oficios emitidos por directores, en donde se evidencian los cuadros de turnos del mes, con eventualidades del mes correspondiente. Se realizaron cambios en topes de horas por necesidad del servicio en el centro de salud de Panama, y el centro de salud de Puerto Jordan.	Cuadros de turnos y oficios emitidos por la subgerencia a talento humano, mes a mes de acuerdo a las necesidades presentadas a cada uno de los directores de al red hospitalaria. Se evidencian paquetes en las subgerencias de salud y en correo electrónicos del área	Se recomienda que los directores y coordinadores evien debidamente firmados.	33%	
		Se controla a través de el software 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales fueron facturadas	Se recibieron certificaciones firmadas por la coordinación de PyM y Directores Centros de Salud, donde se contextualizan las actividades realizadas con corte al mes de julio.	Certificaciones almacenadas en PC:PyM/documentos/soportes hospitales/Ruta-discos local D:/ año 2023/informe de gestión/soporte mapa de riesgos/informes mensuales/certificaciones			33%
		Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reuniones con ellos correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	En cada reunión realizada de acuerdo a la necesidad, se toman pantallazos y evidencian soportes de las fallas presentadas	Se encuentran pantallazos del centro de ayuda salud 360 (de diferentes soportes) en el periodo de seguimiento. PC:PyM/documentos/soportes hospitales			33%

Atención Asistencial de Parto	Disminución de la morbilidad materna perinatal	Incrementar demanda inducida y efectiva	Rips de Facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	Se verifican de forma mensual y cuando se requiera esta actividad. En los hospitales y centros de salud se realiza de manera quincenal	En salud 360 y en el correo: apoyopy@esemorenoyclavijo.gov.co - Informes consolidado con sus respectivos rips		33%
			Cronogramas de salidas extramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud.	Se realizan cronogramas mensuales de salidas extramurales, garantizando las jornadas de salud en centros poblados rurales y veredas	Se encuentran evidencias fotográficas y cronogramas mensuales de los Hospitales y centros de salud de la entidad. PC:PyM/documentos/soportes hospitales/salidas extramurales		33%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	Las bases de datos se encuentran actualizadas en la plataforma del Sigres por parte de la red hospitalaria. Así mismo se encuentran a través del software salud360	Evidencias en salud360/informes/inconsultaexterna/informes gestantes en plataforma sigres de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias.		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	Se realiza a través de las cohortes de las gestantes se evidencia la inasistencia de las mismas al programa, las cuales se les realizan llamadas telefónicas y se reagenda la cita de control prenatal PYMFO 149	Evidencias en salud360/informes/inconsultaexterna/informes gestantes en plataforma sigres de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias.		33%
			Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de información y comunicación para la promoción de la salud materna (consultorio rosado y pomero)	Se han realizado estrategias de información acerca de la promoción de salud materna (consultorio rosado y pomero)	Se evidencian en la pagina del Facebook		33%

LABORATORIO-SALUD PUBLICA- TA							
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clínico con vigencia anterior.	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente	Se realizó la actualización del manual de procedimientos de laboratorio clínico con fecha 02 de febrero de 2023. Se hizo actualización de los manuales de hematología, toma de muestras, conservación y transporte, control de calidad interna y externa, manual de microbiología, inmunología, química clínica, manual de uso y re uso de material de laboratorio, limpieza y desinfección áreas de laboratorio, manual de laboratorio clínico, manejo de residuos de laboratorio, incidentes y eventos adversos en el laboratorio, bioseguridad en el laboratorio, buenas practicas de esterilización.	Correo electrónico y Ruta/ escritorio- documentos 2023-laboratorio clínico-manuales-manuales 2023		33%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guías y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el Instituto Nacional de Salud y más entes de control	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico	Es elaborado por cada coordinador de laboratorio, de manera trimestral	Sin evidencia de plan de trabajo de todos los hospitales y centros de salud		33%
		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clínicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química clínica y hematología.	De manera mensual se reporta a RIQAS los controles de calidad externos de hematología y química, ya se presentó control de calidad de tiras de orina, el Programa de Evaluación del sedimento de orina y pruebas de embarazo.	Correo electrónico, pantallazos enviados por parte de cada laboratorio, el último reporte de fecha 01 de septiemrre de 2023, hematología y química		33%
PAI	Errores programáticos	Vigilar que información sea verificada antes de la aplicación del Biológico	Verificación con sistemas de información (Grupo WhatsApp)	Se han realizado las verificaciones oportunas antes de aplicación de los biológicos	Se evidencia en grupos de wasap, pantallazos de verificaciones, uso de plataforma de vigiflow para reportes de errores programáticos	Verificar carnet de vacunación, confrontar con planilla y con pai web	33%
			Capacitación y medición de adherencia de procedimiento	Se ha realizado capacitación y adherencia a ésta, en el mes de marzo 2023, en los hospitales de Arauquita y Pto Rondón	Se evidencia acta de capacitación, guardada en el PC de PAI	Se recomienda continuar con capacitaciones en demás hospitales y centros de salud de la ESE	20%
Atención de Urgencias/Atención Asistencial	Inoportunidad en la atención	Elaboración de triage con tiempo de atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de segundo trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión segundo trimestre 2023		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atención .	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de segundo trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión segundo trimestre 2023		33%
	Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Guías,, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Protección Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022 Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	Se encuentra en ejecución Se encuentra en ejecución	Actividad se encuentra en ejecución Sin evidencias		20% 0%
SALUD PUBLICA	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiológica	Lineamientos SMVIGLA Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualización del manual de Vigilancia Epidemiológica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	Se encuentra actualizado y aprobado desde el mes de Mayo/2023 version 03 VEP-MAV-001	Manual de Vigilancia Epidemiologica 2023/ RUTA/Escritorio documentos 2023 2 salud publica 2023 1manual vsp/manuals		33%
			Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	En el mes de Junio/2023 se realizó evaluación para evaluar adherencia del cumplimiento del Manual de salud Publica	Evaluacion, listado de participantes, analisis de evaluacion y link generado para evaluacion por medio de google forms, RUTA/Escritorio documentos 2023 2 salud publica 2023 1manual vsp/manuals		33%
	Falta en la Vigilancia Epidemiológica	Lineamientos SMVIGLA Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP(Eventos de Interes en Salud Publica) en la red	Se diseñó el formato de seguimiento a las notificaciones semanales código VEP-FO-021, de fecha 19 de abril de 2013, con el cual se verifica la oportunidad de la notificación de manera semanal desde la UPGD"unidad primaria generadora del dato" hacia la unidad notificadora Municipal	Formato código VEP-FO-021,RUTA/ Escritorio-documentos 2023-salud publica 2023-semana epidemiológica 2023-formato seguimiento semanal-tablero seguimiento a notificación. También se cuenta con los pantallazos por medio del correo electrónico los cuales son recibidos por vigilancias en salud publica los dias lunes de cada semana antes de las 12 am		33%
			Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	Se creó formato código VEP-FO-021, el día 19 de abril de 2023, y el día 20 se socializó en el comité de vigilancia epidemiológico. Se realiza de manera las socialización en el comité de Vigilancia epidemiologica el seguimiento a la oportunidad de la notificación. Actualmete se llevan hasta la sema epidemiologica 35	Presentación del formato en power Paint, y el acta de comité mensual hasta el mes de julio 2023, que se hizo el día 15 de Agosto 2023		33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 28 de 245

Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guías, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Protección Social	Realizar seguimiento con formato establecido en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	Desde junio de 2023, se implementó seguimiento por medio de bitácoras, socialización de formato de ref y contrareferencia a los hospitales para el traslado oportuno a los pacientes y los evaluo por medio de evaluación de google forms el 03 de agosto 2023	Formatos, informes de gestion y evaluaciones en google forms	33%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del día un vehículo para traslados tanto municipal como intermunicipal constante	Se cuenta con bitácoras como registro de salida y disponibilidad de vehículos para prestación de servicios de urgencia	Se evidencia Formato RYC-FO-001 Referencia y contrareferencia bitácora, diligenciado	33%
			Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	En los hospitales y centros de salud adscritos a la ESE, es responsabilidad de los directores y/o coordinadores realizar seguimiento al consumo de combustible de los vehículos. Desde la sede administrativa se realiza igualmente seguimiento a estos consumos. El formato de bitácoras de referencia y contrareferencia se encuentra actualizado, con el fin de optimizar los controles de combustibles y mantenimiento de los vehículos	Se evidencian relacion de seguimientos en cada hospital y centros de salud. Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos.	33%

FARMACIA							
Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Médicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	Es realizado mediante los informes que envían los proveedores, luego en el comité de farmacia, se socializa el estado de abastecimiento de los dispositivos médicos que hacen falta.	Ultima acta de comité de farmacia de fecha de 09 de junio 2023, se realiza de manera virtual	33%	
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato realizado para la Adquisición.	Se realiza el estudio de necesidades de manera cuatrimestral y es firmado por la subgerente de salud, durante la vigencia 2023 se realizo el estudio de conveniencia y oportunidad con fecha 20 de junio y 01 de agosto, y se realiza la dquisicion mediante los siguientes contratos 003-0034-23 003-0032-2023	RURA/ escritorio carpeta estudios- carpeta de segundo suministros de matos y dm 2023	33%	
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	Se realiza por parte de las auxiliares de farmacia de cada hospital dentro de los primeros 5 días de cada mes, posteriormente se revisa por parte de la regente las cantidades y se realiza el traslado en la plataforma 360.	Se realizan las consultas de los traslados en línea por medio de 360	33%	
	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	Ultima actualización en el año 2022 el día 25 de noviembre. Manual de farmacovigilancia, regente de farmacia, 20 de noviembre de 2020, pendiente por actualizar, manual de noviembre, manual control especial y monopolio del estado de fecha 25 de noviembre del 2022, Manual de protocolo de medicamentos lasa y alto riesgo de fecha 20 de noviembre de 2020.	Manuales en formato pdf ruta/ escritorio formatos actualizados 2022	Se sugiere realizar la actualización de los manuales según normatividad vigente y de acuerdo con las necesidades de la entidad	33%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	se realizo la socialización y adherencia al personal el día 24 de julio de 2023 de manera virtual	Acta de comité	33%	
	Desvíos de recursos Económicos y físicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables década Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se evidencia las certificaciones de Inventarios por parte de los Directores y responsables década Hospital y Centros de Salud	RUTA/Escritorio carpeta/ PAOCI/Certificacion	33%	
		Semaforización total de los medicamentos e Insumos Médicos existentes.	Inventario semestral	Se realiza el seguimiento de manera trimestral en medio físico debido a que no se puede monitorear por medio del programa 360	En medio físico realizado por los auxiliares de farmacia	33%	
		Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	33%	

La metodología de seguimiento a través de las visitas a sitios de trabajo, permite lograr una interacción de la oficina de planeación, responsable del monitoreo, con cada uno de los líderes de procesos; para el siguiente monitoreo, realiza el

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 29 de 245

monitoreo de forma virtual para todos los centros asistenciales que no se pudieron visitar en el presente ejercicio, como son **HOSPITAL DE PUERTO RONDÓN, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA. HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI. HOSPITAL CRAVO NORTE, EL CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDÁN. Y EL CENTRO DE SALUD DE PANAMA.**

Fue común denominador la falta de evidencias de los seguimientos y retroalimentaciones de los temas que presentan debilidad en el personal, dejar evidencia correo o certificación de que es realizado el seguimiento respectivo.

Se sugiere actualizar el manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio de 360


Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información., enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad y actualizar la matriz para el tercer cuatrimestre

A dirección se recomienda Realizar **seguimiento al consumo de combustible** de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia ya que No se presentó el reporte del segundo cuatrimestre.

En términos generales, se está cumpliendo con los objetivos trazados a través del Mapa de Riesgos Institucional 2023, los procesos de apoyo y seguimiento y control con mayor relevancia, quedando tareas inmediatas para el proceso asistencial, que deben ser gestionadas por los responsables del mismo.

La información que reposa en los PC, debe quedar en un Backus y de forma permanente, sin importar si el o los responsables sean cambiados, porque ahí está la evidencia de los controles que se establecieron en Mapa de Riesgos Institucional 2023.

Para un cumplimiento de un 85%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 30 de 245

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2022



FUNCIÓN PÚBLICA

El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

DEPARTAMENTO: Arauca

MUNICIPIO: ARAUCA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de planeación

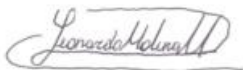
NOMBRE DILIGENCIADOR: PAULA ANDREA DUARTE LIZARAZO con C.C No.52692493

HABILITADO DESDE – HASTA: 21/06/2023 - 28/07/2023

VIGENCIA REPORTADA: 2022

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,




LEONARDO MOLINA HENAO

Dirección de Gestión y Desempeño Institucional

Url: <http://furag.funcionpublica.gov.co/furag/#/reportes/verificar-certificado/afa830e7-bf91-46dc-95a1-cfd1200bd402>

Fecha de impresión: 19/07/2023


Hora: 09:55

Página 1 / 1

Carrera 6 No. 12-62, Bogotá D.C., Colombia / Teléfono: 7395656 / Fax: / 7395657 / Línea gratuita: 018000 917 770 / Código Postal: 111711
www.funcionpublica.gov.co / eva@funcionpublica.gov.co

PRENSA Y COMUNICACIONES

- Nivel de cubrimiento Fotográfico o audiovisual
- Número de Videoclips Institucionales
- Índice de cubrimiento de redes sociales institucionales


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 31 de 245

Matriz DOFA ESE Moreno y Clavijo


	Internos	Externos	
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de comunicación interna inexistente o desconocido - Poco reconocimiento de la marca - No existe material POP en hospitales y centros de atención - Plan y política de comunicación desactualizada y no ejecutadas - Mala imagen de los servicios de salud a nivel nacional - Cartelera informativa sin uso - Televisores informativos insuficientes y los que existen no tienen uso informativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar nuevos servicios mediante teletrabajo es una nueva tendencia en el mercado de la salud - El gobierno departamental actual considera importante el tema de la salud, por lo que es una oportunidad para los operadores de este servicio. - Acceder a donaciones y convenios con diversas entidades para fortalecer la red hospitalaria 	Oportunidades
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de ofrecer nuevos servicios en el Hospital San Antonio de Tame - Es una entidad pública de orden departamental financiada por el Estado. - Más de 17 años de trayectoria en la región. - Presencia en 5 municipios de los 7 del departamento. - Buenas relaciones con el gobierno departamental y en los municipios 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibles riesgos financieros por falta de pagos de EPS. - Nuevos competidores privados en la región - Un mal procedimiento médico que genere una crisis de marca 	Amenazas

2. Resultados


- **Nivel de cubrimiento Fotográfico o audiovisual**
- Cubrimiento entrega de adecuación y dotación de centro de rehabilitación del centro de salud de Puerto Jordán
- Cubrimiento jornada de salud en Hospital de Puerto Rondón.
- Cubrimiento mesa de trabajo de gerencia en el Ministerio de Salud
- Cubrimiento inicio de prácticas de estudiantes de Cedecspro en Hospitales de la red.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 32 de 245

- Cubrimiento jornada de salud en la reinera, Arauquita.
- Cubrimiento jornada de salud en la pesquera, municipio de Arauquita.
- Cubrimiento participación en audiencia pública de la reforma a la salud.
- Cubrimiento actividades de esparcimiento en conmemoración del día del genero con colaborades de la entidad.
- Cubrimiento jornada de vacunación y atención médica en la vereda caño arena
- Cubrimiento semana de las américas y jornada de vacunación binacional.
- Cubrimiento jornada de mamografías en Hospital San Lorenzo.
- Cubrimiento actividad de terapia de grupo con funcionarios del Hospital San Antonio.
- Cubrimiento reunión de gerencia con Ministerio de salud en la ciudad de Bogotá.
- Cubrimiento jornada de pomeroy en Hospital San Ricardo Pampuri.
- Cubrimiento jornada quirúrgica de pomeroy Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón.
- Cubrimiento fotográfico conmemoración 18 años ESE Moreno y Clavijo
- Cubrimiento jornada quirúrgica de pomeroy Hospital San Francisco de Fortul.
- Cubrimiento día internacional de seguridad del paciente
- Cubrimiento arribo equipo Operación Sonrisa Hospital San Antonio
- Cubrimiento jornada de cirugías Operación sonrisa Tame
-
- **Número de Videoclips Institucionales**
 - Producción y publicación de video construyendo gobernanza en Cravo Norte
 - Video de conmemoración del día de la mujer con integrantes de la entidad
 - Grabación y producción videoclip sobre el día de la enfermería.
 - Producción edición y publicación de video invitación a la rendición de cuentas
 - Apoyo en transmisión de rendición de cuentas ESE Moreno y Clavijo
 - Cubrimiento rendición de cuentas ESE Moreno y Clavijo
 - Producción edición y publicación de video conmemoración 18 años de la empresa
 - Edición Video usuarios de la red – 18 años
 - Cubrimiento entrega de ambulancia medicalizada en el Hospital San Antonio de Tame - Video.
 - Video resumen jornada Operación Sonrisa Tame
 - Producción Audiovisual arribo Operación Sonrisa Hospital San Antonio
 - Producción Audiovisual Operación Sonrisa en Hospital de Tame
 -
- **Índice de cubrimiento de redes sociales institucionales**
 - Diseño sobre implementación de Call Center en la red.
 - Diseño sobre necesidad de médico general y técnico RX para el Hospital de Cravo Norte

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 33 de 245

- Diseño publicidad sobre call center en toda la red.
- Diseño jornada de mamografías en Hospital San José de Cravo Norte.
- Diseño sobre jornada de salud” construyendo gobernanza” en Cravo Norte
- Diseño tarjeta jornada de vasectomías en el Hospital San Antonio
- Diseño sobre el día del abogado, conmemoración.
- Diseño de vacante para profesional en odontología Hospital de Cravo Norte
- Diseño construyendo gobernanza, jornada de salud Puerto Rondón.
- Diseño mensaje de condolencias
- Diseño sobre día del contador público.
- Diseño jornada de Pomeroy en el Hospital San Lorenzo de Arauquita
- Diseño de vasectomía en el Hospital San Lorenzo.
- Diseño jornada de pomeroy en el Hospital San Ricardo Pampuri.
- Diseño sobre vacunación contra el COVID-19
- Diseño vacuna contra el VPH en los Hospitales de la entidad
- Diseño conmemoración día de la mujer
- Diseño de conmemoración del día mundial del riñón
- Diseño construyendo gobernanza, jornada de salud Puerto Rondón.
- Diseño jornada de vasectomías en el Hospital San Antonio de Tame
- Diseño sobre jornada de realización de pruebas de embarazo Hospital San lorenzo.
- Diseño de vasectomía en el Hospital San Antonio.
- Diseño sobre rendición de cuentas vigencia 2022.
- Diseño sobre vacunación contra el COVID-19
- Diseño vacuna contra el VPH en los Hospitales de la entidad
- Diseño vacante de bacteriólogo Hospital San José
- Diseño de condolencias Carmen Buitrago
- Diseño de condolencias Joaquín Emilio.
- Diseño Servicio de ambulancia y urgencias Hospital San lorenzo
- Publicación Jornada de vacunación nacional
- Diseño vacante médico general Hospital San Ricardo
- Diseño conmemoración día del hombre
- Diseño vacante técnico en radiología Hospital San José.
- Diseño conmemoración día del trabajador.
- Diseño sobre jornada de vasectomías Hospital San Antonio.
- Publicación sobre rendición de cuentas vigencia 2022.
- Diseño en conmemoración del día de la madre
- Diseño vacante de bacteriólogo Hospital San José
- Diseño de vacante de un médico general
- Diseño sobre mecanismos de contacto Hospital San Lorenzo.
- Diseño Servicio de ambulancia y urgencias Hospital San Lorenzo
- Diseño y Publicación vacante jefe de enfermería
- Diseño Mensaje de condolencias institucional
- Publicación vacantes de empleo de la entidad

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 34 de 245

- Diseño servicio de urgencias Hospital San Antonio
- Diseño jornada de atención en salud panamá.
- Diseño y difusión comunicado de rechazo a acciones contra la misión médica.
- Diseño sobre jornada de vasectomías Hospital San Antonio.
- Diseño jornada de vacunatón Hospital San José.
- Diseño portafolio de servicios Hospital San Lorenzo
- Diseño sobre invitación a rendición de cuentas
- Diseño de vacante de un médico general
- Diseño, impresión y recorte de tarjetas de invitación para rendición de cuentas.
- Diseño, impresión y recorte de reconocimientos para personal en rendición de cuentas.
- Diseño vacante fisioterapeuta Centro de salud de Puerto Jordán.
- Diseño sobre la prevención del dengue junto a la Unidad de salud.
- Diseño Mensaje de condolencias institucional
- Diseño sobre jornada de salud para población migrante
- Diseño jornada de atención en salud población migrante.
- Difusión jornada de vacunación nacional.
- Diseño sobre vacante de médico general y bacteriólogo.
- Diseño jornada nacional de vacunación.
- Diseño condolencias institucional
- Diseño puntos de vacunación jornada nacional de vacunación
- Diseño conmemoración 18 años ESE Moreno y Clavijo.
- Diseño vacante de auxiliar de enfermería
- Diseño, comunicado sobre fallas técnicas en portal institucional.
- Diseño día del llanero en la ese Moreno y Clavijo.
- Diseño condolencias familiar Hospital San Francisco.
- Diseño de agenda institucional, sombrilla y pad mouse institucional.
- Diseño jornada de morenito saludable 2023.
- Diseño tarjeta de cumpleaños institucional gerente Wilder Ortiz.
- Diseño prevención del suicidio.
- Diseño jornada nacional de vacunación.
- Diseño condolencias institucional
- Diseño y difusión jornada de Operación Sonrisa en Hospital San Antonio
- Diseño 2 Operación Sonrisa
- Diseño día de la seguridad del paciente

CONCLUSIONES

Se ha cumplido con las labores encomendadas en el área de comunicaciones, dado que los indicadores se mantienen en óptimos niveles de cumplimiento durante este periodo de tiempo.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 35 de 245

2. INFORME SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La Subgerencia Administrativa y Financiera presenta el Informe de Gestión del III Trimestre del año 2023, mostrando los avances en cada una de las áreas que la componen, realizando también el seguimiento a los indicadores correspondientes al área financiera de la ESE Moreno y Clavijo.

La información aquí entregada, ha sido recopilada de cada uno de los procesos y subprocesos que conforman la Subgerencia, haciendo énfasis en los indicadores, que son una herramienta necesaria para la toma de decisiones, entregando información científica y técnica de manera clara y precisa. Los datos se pueden transformar en acciones institucionales, políticas o comunitarias que incidan en la salud y calidad de vida de la población; información preponderante en los procesos de mejoramiento continuo de la entidad.

La información del presente informe, representa la gestión realizada por el área administrativa y financiera, en el tercer trimestre del 2023, y se relacionan a continuación.

OBJETIVO GENERAL

Coordinar y hacer seguimiento a todos los procesos y subprocesos administrativos de la Institución integrados en el mapa de procesos; con el fin de contribuir mediante la eficacia y eficiencia con la mejora continua de esta entidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Consolidar el desempeño, logros y dificultades por cada uno de los procesos y subprocesos que componen la Subgerencia Administrativa y Financiera.
- Dar a conocer los avances logrados en los indicadores de gestión de los procesos y subprocesos de la Subgerencia Administrativa y Financiera para el tercer trimestre del año 2023.
- Realizar un análisis comparativo que permita establecer la trazabilidad en la información, indicadores y resultados de la gestión.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 36 de 245

- Medir el alcance de la gestión y formular alternativas que apunten al mejoramiento continuo de nuestra entidad.

ALCANCE DEL INFORME

El informe comprende los avances, datos, objetivos, necesidades y logros alcanzados durante el tercer trimestre del año 2023. Los procesos y subprocesos realizan un análisis detallado de los informes de gestión.

2.1 SUBPROCESO GESTIÓN CONTABILIDAD.

ANÁLISIS SITUACIÓN FINANCIERA


A continuación, se muestra la composición a nivel clase, grupo y cuenta del activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos y costos a septiembre de 2023, así como un análisis comparativo en cifras de pesos.

1.1 ACTIVO

El activo de la ESE Moreno y Clavijo está representado por el efectivo, los deudores, los inventarios, la propiedad planta y equipo y los otros activos, que representan los bienes y derechos tangibles e intangibles de la entidad contable pública, que surgen como consecuencia de transacciones que implican, el incremento de pasivos, el patrimonio o realización de ingresos.

GRAFICO No. 1.



 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 37 de 245

Según el Grafico No. 1, las cuentas más representativas del activo son la cuenta 16 Propiedades Planta y Equipo con un 48.8% y la cuenta 13 Cuentas por Cobrar con un 29.5%.

CUADRO N° 1 ANALISIS HORIZONTAL DEL ACTIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/09/2022	SALDO 30/09/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
1	ACTIVO	57.778.450.724,47	67.276.633.206,52	9.498.182.482,05	16,44%
11	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	5.944.124.202,17	3.247.958.074,92	- 2.696.166.127,25	-45,36%
13	CUENTAS POR COBRAR	14.529.947.296,77	19.871.505.710,59	5.341.558.413,82	36,76%
15	INVENTARIOS	6.208.696.896,44	8.505.674.407,38	2.296.977.510,94	37,00%
16	PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPO	28.321.645.878,39	32.863.390.111,51	4.541.744.233,12	16,04%
19	OTROS ACTIVOS	2.774.036.450,70	2.788.104.902,12	14.068.451,42	0,51%

Según el gráfico No.1 y el cuadro N. 1, existe una variación absoluta positiva del total **ACTIVOS** en \$ 9.498.182.482,05 y una variación relativa del 16.44%.

Se observa en el Cuadro No. 1 que las variaciones más representativas están en el grupo **CUENTAS POR COBRAR** con 36.76%, resultado de mayor radicación de la facturación en los diferentes Hospitales adscritos a la ESE.

1.2 PASIVO

El pasivo de la ESE Moreno y Clavijo está representado por las obligaciones ciertas o estimadas como consecuencia de hechos pasados en desarrollo de sus funciones de cometido estatal.

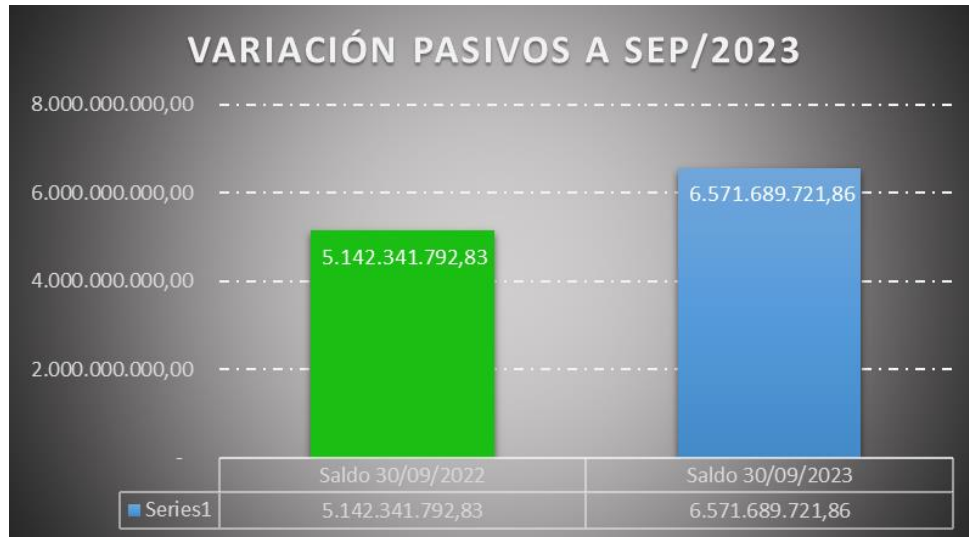
GRAFICO No 2



Según el Grafico No. 2 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 24 correspondiente a Cuentas por Pagar con 46.4% y Provisiones a 31.4 %.

GRAFICO No. 3

COMPARATIVO DEL PASIVO



El Grafico No. 3 muestra un Aumento de pasivos entre los periodos comparados, equivalente a \$ 1.429.347.929,73

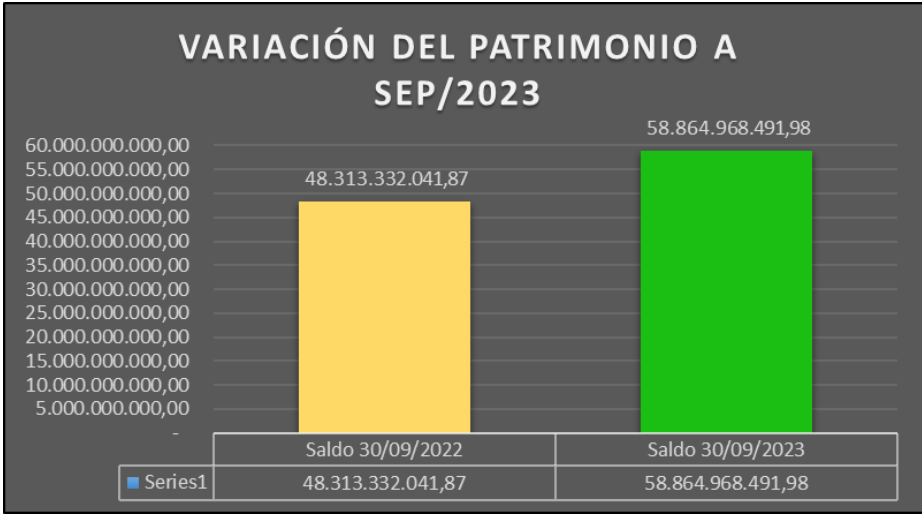
CUADRO N° 2 ANALISIS HORIZONTAL DEL PASIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/09/2022	SALDO 30/09/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
2	PASIVOS	5.142.341.792,83	6.571.689.721,86	1.429.347.929,03	27,80%
23	PRESTAMOS POR PAGAR	69.503.026,00	-	- 69.503.026,00	-100,00%
24	CUENTAS POR PAGAR	1.791.649.344,36	3.047.788.038,92	1.256.138.694,56	70,11%
25	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	834.661.927,19	587.727.542,23	- 246.934.384,96	-29,58%
27	PROVISIONES	2.065.744.635,00	2.065.744.635,00	-	0,00%
29	OTROS PASIVOS	380.782.860,28	870.429.505,71	489.646.645,43	128,59%

En el Cuadro No. 2 se observa un análisis horizontal a nivel de grupo de las cuentas que componen el pasivo de la ESE Moreno y Clavijo, existe una disminución en préstamos por pagar, lo anterior ya que se pagó en su totalidad el crédito con la entidad de IDEAR. En las cuentas por pagar el aumento representativo se debe al principio de causalidad de las cuentas de honorarios y servicios técnicos, estas cuentas fueron remuneradas en los primeros días del mes de octubre 2023.

1.3 PATRIMONIO

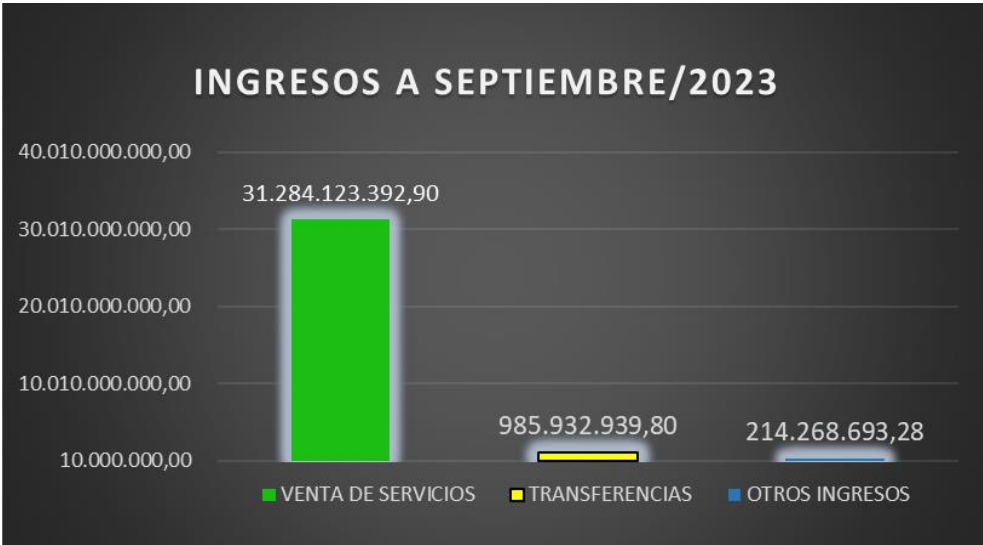
El patrimonio de la ESE Moreno y Clavijo está representado por los bienes y derechos, deducidas las obligaciones para cumplir con las funciones de su cometido estatal.

En el siguiente se observa un análisis horizontal a nivel de cuentas que componen el Patrimonio de la ESE Moreno y Clavijo.



1.4 INGRESOS

Los ingresos de la ESE Moreno y Clavijo están representados por la venta de servicios de salud, las transferencias departamentales y nacionales y los otros ingresos, los cuales representan los flujos de entradas de recursos susceptibles de incrementar el patrimonio público durante el periodo contable, bien sea por aumentos de activos y disminución de pasivos.




 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 40 de 245

GRAFICO No. 4

CUADRO N° 4 ANALISIS HORIZONTAL DEL INGRESO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/09/2022	SALDO 30/09/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
4	INGRESOS	27.039.083.743,80	32.484.325.025,98	5.445.241.282,18	20,14%
43	VENTA DE SERVICIOS	25.459.243.745,00	31.284.123.392,90	5.824.879.647,90	22,88%
44	TRANSFERENCIAS	1.575.237.509,70	985.932.939,80	- 589.304.569,90	0,00%
48	OTROS INGRESOS	4.602.489,10	214.268.693,28	209.666.204,18	4555,50%

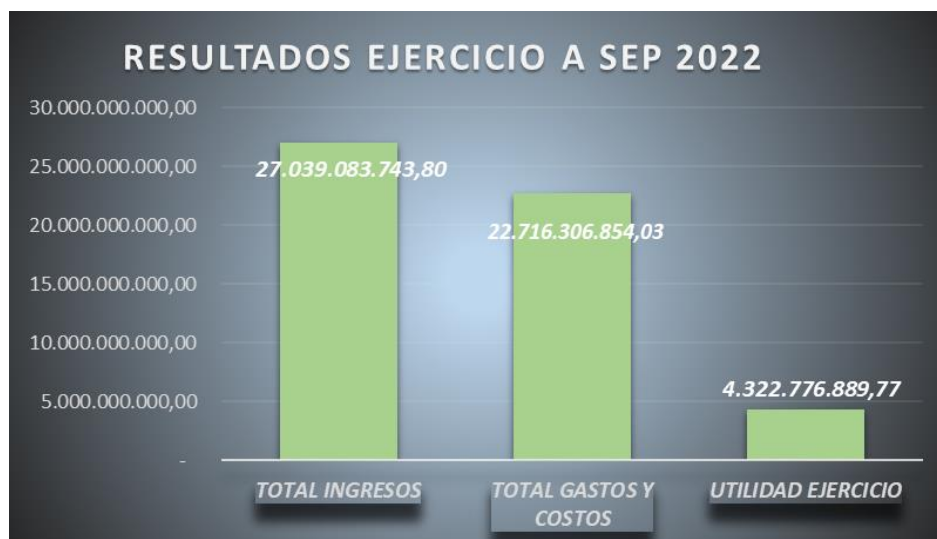
Según el cuadro No. 4 Los ingresos principales de la ESE, son por concepto de Ventas de servicios de salud, Los Otros ingresos agrupan recaudos por Transferencias de giros realizado por el ministerio de protección social, rendimientos financieros, ajustes de años anteriores y otros extraordinarios.


1.5 GASTOS Y COSTOS

Los gastos de la ESE Moreno y Clavijo representan los flujos de salida de recursos de la entidad pública, susceptibles de reducir el patrimonio público durante el periodo contable, bien sea por disminución de activos o aumento de pasivos, de los cuales se tiene los gastos administrativos, de operación, las provisiones y los otros gastos ordinarios y extraordinarios.

Los costos de la ESE Moreno y Clavijo están representados por las erogaciones y cargos asociados con la adquisición o producción de bienes y la prestación de los servicios vendidos por la entidad en un periodo contable, además constituyen los valores reconocidos como resultado del desarrollo de la operación principal o básica.

GRAFICO No. 5



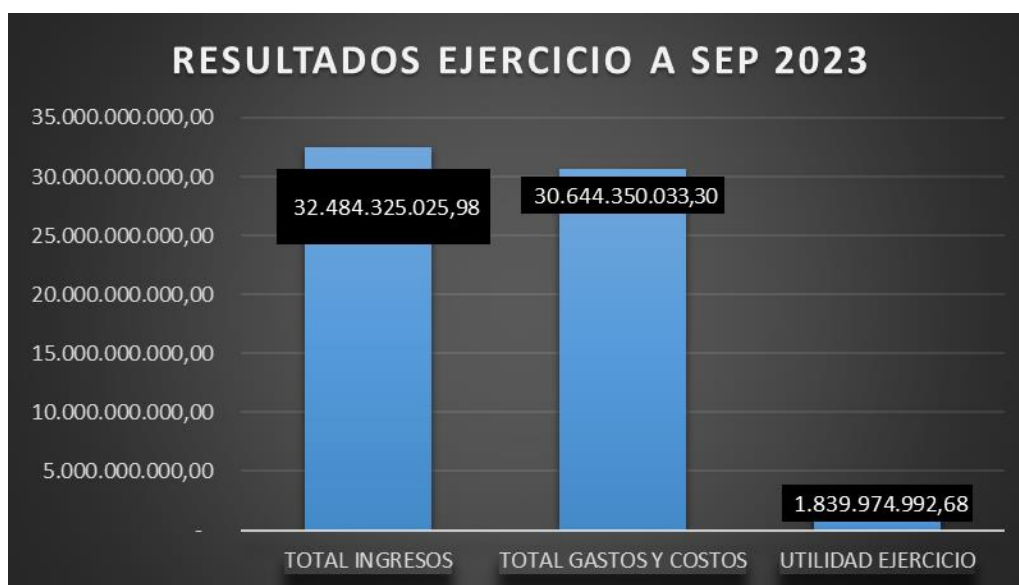
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 41 de 245

CUADRO N° 5 ANALISIS HORIZONTAL DEL COSTO Y GASTO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/06/2022	SALDO 30/06/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
5	GASTOS	6.236.161.992,03	6.793.450.387,99	557.288.395,96	8,94%
51	ADMINISTRACION N	6.225.328.955,03	6.783.221.630,99	557.892.675,96	8,96%
58	OTROS GASTOS	10.833.037,00	10.228.757,00	- 604.280,00	-5,58%
6	COSTOS DE VENTAS	8.753.051.945,80	11.565.393.063,78	2.812.341.117,98	32,13%
63	COSTOS DE VENTAS DE SERVICIOS	8.753.051.945,80	11.565.393.063,78	333.530.794.863,84	32,13%

Según el Cuadro No. 5, las cuentas más representativas entre el costo y gasto son las cuentas 63 Costo venta de servicios, Gastos Cabe aclarar que la disminución de otros gastos se debe al margen de contratación en salud.

1.6 RESULTADOS DE ACTIVIDAD FINANCIERA DEL 30/09/2022 AL 30/09/2023


GRAFICO No. 6
(Cifras en miles \$)





LIQUIDEZ	Fórmula	Cálculo	
Capital neto de trabajo (en miles de pesos)	ACTIVO CTE - PASIVO CTE	23.520.098.324	En la medida en que los pasivos corrientes sean menores a los activos corrientes la salud financiera de la empresa para hacer frente a las obligaciones al corto plazo es mayor.
Índice de solvencia	ACTIVO CTE / PASIVO CTE	4,58	Entre más alto (mayor a 1) sea el resultado, más solvente es la empresa, tiene mayor capacidad de hacer frente a sus obligaciones o mejorar su capacidad operativa si fuere necesario.
Prueba ácida	(ACTIVO CORRIENTE - INVENTARIOS) / PASIVO CORRIENTE	3,28	Es un índice de solvencia más exigente en la medida en que se excluyen los inventarios del activo corriente. (Activo corriente - Inventarios)/pasivo corriente.

ENDEUDAMIENTO			
Razón de endeudamiento	PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	9,77%	Mide la proporción de los activos que están financiados por terceros.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 43 de 245

Nota: Para efectos del presente informe de gestión no se medirán los indicadores de Rentabilidad sobre el activo y patrimonio por cuanto su medición solo es anual.

2.2 SUBPROCESO GESTION TESORERIA

1. INTRODUCCION


En el Informe que se presenta a continuación, se da a conocer los movimientos de la Tesorería de la entidad, realizados durante el Tercer Trimestre de la vigencia 2023, con base en las labores realizadas en la dependencia en el aspecto del manejo del registro de los ingresos de los recursos de las ventas de servicios de salud y el giro de los mismos para el pago de los diferentes gastos administrativos y de operación que se ejecutaron durante este periodo, bajo los principios de honestidad, responsabilidad y compromiso.

2. INGRESOS:

Los recursos ingresados a la entidad en el tercer trimestre de la presente vigencia, corresponden a la venta de salud a crédito y de contado lo cual ascendió a un valor de \$ **11, 155, 078,354.10** los cuales están registrados en 475 Recibos de Caja.

1. DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS:

DETALLE	VALOR
REGIMEN SUBSIDIADO	6,609,668,012.00
VENTA DE SERVICIOS A PARTICULARES	29,359,970.00
RECLAMACIONES CON CARGO SGSSS	40,677,043.00
REGIMEN CONTRIBUTIVO	2,609,950,149.14
ENTIDADES REGIMEN ESPECIAL	41,847,392.00
SALUD PUBLICA MUNICIPIOS	84,751,443.50
IPS PRIVADA EVENTOS	102,202,430.00
TRANSFERENCIAS NACIONALES	36,680,585.00
APORTES SUBSIDIO A LA OFERTA LEY 1955 DCRETO 268/2020	949,252,354.80
RIESGOS Y SOAT	117,937,199.00
ANTICIPOS C.I ALCALDIAS	224,772,520.00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 44 de 245

RENDIMIENTOS FINANCIEROS RSOS PROPIOS	2,375,058.38
RENDIMIENTOS FINANCIEROS OTROS	152,092.78
CONSIGNACIONES POR CLASIFICAR	99,949,209.50
GANANCIA POR BAJA EN CUENTAS DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	205,502,895.00
TOTAL, INGRESOS	11,155,078,354.10

Los ingresos que se evidencian por clasificar, se deben a que no se logra determinar dentro del mes quien los consigna.; esta situación se presenta con las consignaciones que le realizan a la entidad a través de fiducias o el consorcio, tan pronto se logra identificar la oficina de cartera informa a contabilidad y está los reclasifica en la respectiva cuenta contable.


De igual manera mensualmente se realiza Acta de Conciliación de Ingresos con el área de Cartera.

Con el Área de Contabilidad se realizó de manera mensual el saldo de cada una de las cuentas bancarias.

3. EGRESOS:

Durante el periodo de julio a septiembre de 2023, se registraron 2.898 egresos correspondientes a obligaciones de la entidad con clientes internos y externos por un valor de \$ 12, 067, 066,287.97 Por los siguientes conceptos:


DETALLE	VALOR
PROVEDOR DE BIENES	2,050,920,796.14
PROVEDOR DE SERVICIOS	974,524,273.25
HONORARIOS	3,229,937,733.00
SERVICIOS TECNICOS	1,701,727,015.00
NOMINA	1,949,174,142.05
PRIMA DE VACACIONES	40,852,081.87
PRIMA DE SERVICIOS	245,318,771.00
PRIMA DE NAVIDAD	24,108,000.00
BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	14,135,000.00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 45 de 245

BONIFICACION ESPECIAL POR RECREACION	4,350,000.00
INDEMNIZACION VACACIONES	9,343,000.00
CESANTIAS EMPLEADOS	36,822,000.00
INTERESES A LAS CESANTIAS	5,141,000.00
PARAFISCALES	160,710,100.00
APORTE FONDOS PENSIONALES	363,003,300.00
FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL	4,246,000.00
APORTE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	194,732,500.00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES	45,394,900.00
LIBRANZAS	52,404,710.00
RODAMIENTO	13,725,000.00
REINTEGRO DE VIATICOS	26,689,480.00
CUOTAS DE FISCALIZACION	22,585,288.00
DEVOLUCION RENDIMIENTOS FROS	177,754.66
IMPUESTOS	312,092,024.00
ARRENDAMIENTO OPERATIVO	185,692,500.00
SERVICIOS PUBLICOS	341,289,762.00
LICENCIAS	24,397,299.00
CUOTA IDEAR	20,672,363.00
DESCUENTO SINDICAL	12,899,495.00
TOTAL, EGRESOS	\$ 12,067,066,287.97

El indicador del área de Tesorería es N.º de pagos realizados/ N.º de pagos programados

2.898 corresponden a pagos realizados
2.910 corresponde a pagos programados

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 46 de 245

El Indicador se cumplió en un 99.59%, lo anterior considerando que las cuentas del pago final del PIC del Municipio de Puerto Rondón no se cancelaron hasta que llegó el recurso a la ESE

Es importante resaltar la prioridad que la administración le da a los pagos personal tanto de Nomina como de Contrato de Prestación de Servicios. Durante el tercer trimestre la administración realizó los pagos de los meses de julio a septiembre los seis primeros días de cada mes.

Se canceló en su totalidad el préstamo con el Instituto de Desarrollo de Arauca.

De igual manera la administración se ha esforzado por dar total cumplimiento al acuerdo de pago efectuado con la Empresa de energía de Arauca – Enelar, reduciendo de manera significativa la deuda que viene de vigencias anteriores.

A cada una de las Cuentas bancarias con las que cuenta la entidad se le realizó las respectivas conciliaciones bancarias de manera mensual con los respectivos ajustes realizados a través de Notas Bancaria.

2.3 SUBPROCESO GESTIÓN PRESUPUESTO.


1. BALANCE PRESUPUESTAL III TRIMESTRE 2023

El balance presupuestal del III trimestre del año 2023, presenta una apropiación inicial de **\$37.583.006.535,00**, con unas Adiciones totales de **\$ 8.267.510.099,00**, reducciones por valor de **\$53.077.893,00** para un presupuesto definitivo de **\$45.797.438.741,48**.

Cuadro 1 Modificaciones y traslados al presupuesto
Ingreso

APROPIACION INICIAL	ADICIONES	REDUCCIONES	CREDITOS	DEBITOS	DEFNITIVO
37,583,006,535.00	8,267,510,099	53,077,893	-	-	45,797,438,741.48

Las adiciones al presupuesto están asociadas con recursos del balance de la vigencia anterior, adiciones de Disponibilidad Inicial de la vigencia 2023, que comprenden recursos propios, aporte de la nación e inversiones de la vigencia anterior.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 47 de 245

BALANCE PRESUPUESTAL DE SEPTIEMBRE 2023

BALANCE DE INGRESOS

Cuadro3 Balance de Ejecucion de Ingresos

Vales en miles

CONCEPTO	P	APROPIADO	RECONOCIDO	% EJE	RECAUDO	% EJE	CXC	
DISPONIBILIDA INICIAL	1	6.2%	2,821,229	2,821,229	100%	2,821,229	100%	-
RECURSOS PROPIOS			2,548,545	2,548,545	100%	2,548,545	100%	-
DESTINACION ESPECI FICA			272,683	272,683	100%	272,683	100%	-
INGRESOS CORRIENTES	2	93.8%	42,973,620	37,341,486	87%	31,488,520	84%	5,852,966
VENTA DE SERVICIOS CTE			35,913,373	31,785,153	89%	25,932,681	82%	5,852,472
VENTAS CXC			3,228,403	2,932,628	91%	2,932,134	100%	494
APORTES DPTO O NACION			3,831,844	2,623,705	68%	2,623,705	100%	-
RECURSOS DE CAPITAL	3	0.006%	2,590	211,335	8161%	211,335	100%	-
RENDIMIENTOS FINANCIEROS CUENTAS DE AHORRO			2,590	5,732	221%	5,732	100%	-
RECUPERACIONES			-	205,603		205,603	100%	-
INGRESOS TOTALES	100.0%	45,797,439	40,374,050	88%	34,521,084	86%	5,852,966	
SUBTOTAL R PROPIOS	91.0%	41,692,911	37,477,661	90%	31,624,696	84%	5,852,966	
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA	9.0%	4,104,528	2,896,388	100%	2,896,388	100%	-	

Del total de los ingresos apropiados un **6.2%** corresponde a la disponibilidad inicial un **93.8%** a ingresos corrientes y un **0.006%** a recursos de capital por rendimientos financieros.

Del total de la disponibilidad inicial **\$2.548.545** millones corresponden a recursos propios y **\$272.683** millones a recursos de destinación específica para inversión en proyecto del hospital de Cravo norte.


Los ingresos corrientes de la ESE Moreno y Clavijo están representados por las ventas de servicios directas a las diferentes EPS, cuentas por cobrar o recuperación de cartera y aportes de la nación y/o el departamento

Los recursos de capital están asociados generalmente a los rendimientos generados en el ejercicio fiscal y recuperaciones.

La distribución por recurso muestra una participación del **91%** para los ingresos propios y un **9.0%** para los ingresos de destinación específica.

EJECUCION DE INGRESOS

El balance de ejecución presupuestal del reconocimiento presenta un acumulado total del **88%** con un recaudo efectivo del **86%**.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 48 de 245

En lo que respecta a la ejecución por tipo de recurso los ingresos propios alcanzan una ejecución del **90%**, con un recaudo efectivo del **84%** y los recursos de destinación específica un **\$100%** con un recaudo efectivo del **100%**.

VARIACION ANUAL DE LOS INGRESOS

El Recaudo de los ingresos presenta una variación positiva del **19%** respecto de la vigencia 2023, esta variación está relacionada especialmente con la venta de servicios y recuperación de cartera, se muestra una disminución del 33% de la disponibilidad inicial.

Cuadro 3 Variación Anual recaudo

Val en miles

INGRESOS PROPIOS	2022	2023	VAR
Disonibilidad Inicial	4,221,278	2,821,229	-33%
Ventas de Servicio	21,789,861	25,932,681	19%
Recuperación de Cartera	2,918,355	2,932,134	0%
Transferencias corrientes	-	2,623,705	100%
Rendimientos financieros	3,014	5,732	
Transferencias de capital	-	-	
Recuperaciones	1,547	205,603	13190%
Totales	28,934,055	34,521,084	19%


El recaudo de los ingresos aumento respecto de la vigencia anterior, este aumento estuvo asociado especialmente a la venta de servicios de salud, recuperación de cartera y las transferencias corrientes.

EJECUCION DE GASTOS

El balance presupuestal del III trimestre del año 2023, presenta una apropiación inicial de **\$37.583.006.535,00**, con unas Adiciones totales de **\$ 8.267.510.009**, reducciones por valor de **\$53.077.893,00**, unos traslados de **\$9.091.173.058,00**, para un presupuesto definitivo de **\$45.797.438.741.48**.

Cuadro 2 Modificaciones y traslados al presupuesto Gasto

APROPIACION INICIAL	ADICIONES	REDUCCIONES	CREDITOS	DEBITOS	DEFINITIVO
37,583,006,535	8,267,510,099	53,077,893	9,091,173,058	9,091,173,058	45,797,438,741.48

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 49 de 245

Las adiciones por Disponibilidad Inicial de la vigencia 2023, cubren el 100% las cuentas por pagar de vigencias anteriores, así como gastos de funcionamiento y gastos de operación de la vigencia corriente.

El presupuesto de gastos al igual que el ingreso, presenta una apropiación definitiva de **\$45.797.438,48**, con una participación del **86%** para gastos de funcionamiento, un **10%** para gastos de operación y producción, y un **4%** para gastos de inversión y un **0.1%** para servicio a la deuda pública

BALANCE DE GASTOS

Cuadro 6 Balance Ejecución de gastos

							Vales en miles	
CONCEPTO	P	APROPIADO	COMPROM	% EJE	PAGOS	% EJE	CXP	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1	39,166,555	33,331,325	85%	25,950,936	78%	7,380,390	
..GASTOS DE PERSONAL	11%	4,862,970	3,312,936	68%	2,960,231	89%	352,705	
..GASTOS DE PERSONAL CXP	0%	-	-	0%	-	0%	0	
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	72%	32,807,102	29,017,861	88%	22,550,851	78%	6,467,010	
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP	1%	496,079	496,079	100%	344,473	69%	151,605	
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2%	900,000	409,070	45%	-	0%	409,070	
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP	0%	-	-	0%	-	0%	0	
..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	10%	4,690,425	4,679,232	100%	4,074,493	87%	604,738	
..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP	0%	53,589	53,589	100%	45,707	85%	7,882	
..GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES	0%	100,404	95,380	95%	95,380	100%	0	
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	2	62,016	62,016	100%	62,016	100%	-	
GASTOS DE INVERSION	3	1,824,853	1,824,853	100%	1,552,170	85%	272,683	
..Adquisicion de Bienes y Servicios	3%	1,552,170	1,552,170	100%	1,552,170	-	0	
..Adquisicion de Bienes y Servicios CXP	1%	272,683	272,683	100%	-	0%	272,683	
TOTALES	100%	45,797,439	39,951,016	87%	31,685,323	79%	8,265,693	
SUBTOTAL R PROPIOS	91%	41,692,911	37,054,628	89%	28,788,934	78%	7,993,010	
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA	9%	4,104,528	2,896,388	71%	2,896,388	100%	272,683	

Los gastos de funcionamiento están relacionados con las erogaciones tanto administrativas como asistenciales para las labores de apoyo y asistencia en la prestación del servicio.

En los gastos de funcionamiento, se encuentran los gastos de personal, los cuales concentran la mayor participación debido a que sobre estos recae más del 65% del objeto social de la empresa.

Así mismo dentro de los gastos de funcionamientos para la vigencia 2023, están relacionados la adquisición de bienes y servicios, transferencias corrientes, y gastos por tributos, multas y sanciones, estos rubros obedecen a la adquisición de bienes y servicios directos para la prestación del servicio (insumos médicos, alimentación a pacientes y compra de servicios para la prestación incluida la adquisición de bienes y servicios para la ejecución de convenios interadministrativos suscritos con las entidades territoriales para las actividades de salud pública).

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 50 de 245

El balance de gastos tal como se refleja en el cuadro 6, arroja una ejecución total del **87%**, respecto de la apropiación definitiva, a su vez los compromisos reflejan una ejecución en pagos del **79%**.

Los gastos de funcionamiento presentan una ejecución del **85%** con una ejecución en pagos del **78%**, aclarando que se encuentra comprometido el personal de contrato laboral hasta el mes de octubre y el personal por prestación de servicio hasta el mes de octubre, así como otros gastos de bienes y servicios hasta el mes de octubre de 2023.

Los gastos de inversión CXP presentan una ejecución del **100%** con una ejecución en pagos del **85%**.

El balance final arroja unas cuentas por pagar totales por valor de **\$ 8.265.693** millones, de los cuales, un 97% corresponden a recursos propios y un 3% a destinación específica tal como se detalla a continuación.

CUENTAS POR PAGAR

Cuadro 7 Detalle de las Cuentas por pagar

CONCEPTO CXP	Total CXP	Fuente de Financiacion	
		Propios	D Especifica
FUNCIONAMIENTO	7,993,010	7,993,010	-
... GASTO DE PERSONAL	352,705	352,705	
... ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	6,467,010	6,467,010	
... ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP	151,605	151,605	
... TRANSFERENCIAS CORRIENTES	409,070	409,070	
... TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP	-	-	
... GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	604,738	604,738	
... GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP	7,882	7,882	
... GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	-	-	
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	-	-	-
INVERSION CXP	272,683		272,683
Totales	8,265,693	7,993,010	272,683

Con respecto a la variación anual de gastos, para el III trimestre de 2023, La ejecución de los gastos comprometidos comparados con el año anterior, presentan un aumento del 22%, este aumento está relacionado directamente con los gastos funcionamiento, gastos de operación, este aumento representa el personal de contrato laboral comprometido hasta el mes de octubre y gastos de personal de prestación de servicio hasta el mes de octubre de 2023.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 51 de 245

VARIACION ANUAL DE LOS GASTOS

Cuadro 8 Variación Gastos comprometidos Val en miles

Gastos	2022	2023	VAR
Gastos de Funcionamiento	26,846,537	33,235,946	-19%
Gastos de Operación	3,678,978	4,732,821	-22%
Gastos por tributos, multas, sa	79,395	95,380	
Gastos de Inversión	472,676	1,824,853	-74%
Servicio de la Deuda Pública	82,688	62,016	100%
Totales	31,160,274	39,951,016	-22%

EVALUACION DE INDICADORES DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL

• EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO

El resultado arrojado en el ejercicio del III trimestre 2023, muestra que los ingresos están por encima de los gastos, esto se debe a que durante este periodo se realiza efectivo el aumento del valor cápita para la vigencia 2023, aumentando considerablemente la facturación generada.

Cuadro 9 Equilibrio presupuestal con reconocimiento

Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento	Valores	Resultado	Equilibrio
Total, Reconocimientos (ingreso)	40,374,050		
Total, Compromisos (gastos)	39,951,016	423,033	1.01

• EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este indicador muestra un déficit fiscal, pues los ingresos por concepto de recaudo No cubren los gastos comprometidos en el tercer trimestre, debido a que se aumentaron los gastos de funcionamiento y de operación, por lo que para este trimestre los gastos superaron los ingresos.

Cuadro 10 Equilibrio presupuestal con recaudo

Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor	Resultado	Equilibrio
Total, Recaudos (ingreso)	34,521,084		
Total, Compromisos (gastos)	39,951,016	- 5,429,932	0.86

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 52 de 245

CONCLUSIONES


Para el III trimestre del año 2023 se presenta un aumento de los gastos de funcionamiento y gastos de operación, por lo que se presenta un déficit fiscal en cuanto a los indicadores de Recaudo frente al compromiso total del periodo objeto de evaluación, se recomienda realizar austeridad del gasto en el próximo trimestre.

2.4 SUBPROCESO GESTIÓN FACTURACIÓN.

CONTRATACIÓN.

Para el tercer Trimestre de 2023 con corte 30 de septiembre, se presentan los estados contractuales con las siguientes entidades:

- Contrato con Eps sanitas hasta 31 de diciembre de 2023 con un valor usuario de 23.202 y un incremento en el evento de 3%.
- Policía nacional contrato 068-5-200036-23 por valor de 16.800.000 se le realiza otrosí al contrato por valor de 4.200.000
- Contrato con Positiva con valor Soat Especial (+25%) prórroga automática.
- Contrato con Capresoca en negociación, no se ha podido llegar a ningún acuerdo con esta Eps.
- contratación PIC con Municipio de Cravo Norte por valor de \$283.190.926
- contratación PIC con Municipio de Rondón por valor de \$169.502.887.
- contratación PIC con Municipio de Arauquita por valor de \$449.545.040
- contratación PIC UAESA por valor de

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 53 de 245

- contratación Nueva EPS para Régimen Subsidiado cápita por valor de y Contributivo hasta 31 de diciembre de 2023 de evento y cápita
- Contratación Ejercito por valor de 135.000.000 se realiza adiconal el contrato por valor de 67.500.000.

FACTURACIÓN GENERADA DURANTE EL III TRIMESTRE DE 2023

Durante el tercer trimestre de 2023, el comportamiento de la facturación generada fue el siguiente:


1. FACTURACION GENERADA POR REGIMEN

A continuación, se detalla la facturación generada por cada régimen durante el tercer Trimestre de 2023.

Tabla 1. Facturación Generada A corte 30 de SEPTIEMBRE de 2023 por Régimen

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO				
FACTURACION GENERADA POR REGIMENES A CORTE 30 DE SEPTIEMBRE 2023				
DEPARTAMENTO DE FACTURACION				
REGIMEN	FACTURACION GENERADA A 30 DE SEPTIEMBRE 2023			
	CAPITA	EVENTO	TOTAL	%
ARL	-	62.585.699,00	62.585.699	0,2%
CONTRIBUTIVO	489.759.218,00	1.863.417.200,70	2.353.176.419	7,3%
ESPECIAL	-	218.337.575,00	218.337.575	0,7%
IPS PRIVADAS	24.411.341,00	365.524.846,00	389.936.187	1,2%
MEDICINA PREPAGADA	-	-	-	0,0%
OTRAS ASEGURADORAS AXA SEG. VIDA	-	-	-	0,0%
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	-	912.165.927,50	912.165.928	2,8%
PARTÍCULARES	-	68.421.650,00	68.421.650	0,2%
RECLAMACIONES ADRES	-	155.909.087,50	155.909.088	0,5%
SALUD PÚBLICA	-	-	-	0,0%
PIC	-	628.354.296,00	628.354.296	1,9%
SOAT	-	672.176.496,80	672.176.497	2,1%
SUBSIDIADO	20.053.299.998,00	5.925.779.939,30	25.978.548.643	80,4%
VINCULADO	-	857.175.513,00	857.706.807	2,7%
TOTAL	20.567.470.557,00	11.729.848.230,80	32.297.318.788	100%

Fuente: Consolidado Facturación Generada A corte 30 de septiembre de 2023

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 54 de 245

De acuerdo a la tabla No. 1, se presentó de la siguiente manera, la facturación más representativa fue a cargo de él régimen subsidiado con el 80.4%, seguidamente tenemos al régimen Contributivo con un 7.3%, Vinculado con un 2.7%, siendo estas las empresas más representativas porcentualmente.

2. FACTURACION POR HOSPITAL A CORTE 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023.


Seguidamente se presenta la facturación generada por cada unidad asistencial de la siguiente manera:

Tabla 2. Facturación Generada por Unidad Asistencial a corte 30 de septiembre de 2023.

ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO			
FACTURACION GENERADA POR HOSPITAL A 30 DE JUNIO 2023			
CODIGO	HOSPITAL	TOTAL FACTURACION GENERADA	%
1	SAN ANTONIO DE TAME	\$ 7.147.582.077,20	35%
2	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	\$ 1.071.524.128,80	5%
3	SAN LORENZO DE ARAUQUITA	\$ 5.088.379.682,85	25%
4	SAN RICARDO PAMPURI	\$ 1.051.562.704,05	5%
5	CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUQUITA	\$ 474.385.367,80	2%
6	SAN FRANCISCO DE FORTUL	\$ 3.254.049.183,00	16%
7	SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	\$ 1.156.833.089,00	6%
8	SAN JOSE DE CRAVO NORTE	\$ 876.207.924,20	4%
9	ESE MORENO Y CLAVIJO	\$ 483.766.043,10	2%
TOTAL		\$ 20.604.290.200,00	100%

Fuente: Consolidado Facturación Generada Segundo Trimestre 2023

Se evidencia que, para el Tercer Trimestre de 2023, el Hospital San Antonio de Tame presento la mayor facturación de la ESE Moreno y Clavijo la cual fue del 32%, seguido del Hospital San Lorenzo de Arauquita con el 25%, esto de acuerdo al tamaño de la población,

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 55 de 245

mientras que el hospital San Francisco de Fortul ocupa el tercer puesto con el 15% de la facturación esto de acuerdo a la población de cada municipio.

4.4.2.3. FACTURACION RADICADA A CORTE 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023.


A continuación, se presenta la facturación radicada a corte 30 de septiembre de 2023 respectivamente:

ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO			
FACTURACION RADICADA POR HOSPITAL A CORTE 30 DE SEPTIEMBRE 2023			
CODIGO	HOSPITAL	FACTURACION RADICADA	%
1	SAN ANTONIO DE TAME	10.092.446.326	32%
2	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	1.570.444.250	5%
3	SAN LORENZO DE ARAUQUITA	7.160.635.065	23%
4	SAN RICARDO PAMPURI	1.564.492.610	5%
5	CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUQUITA	662.110.875	2%
6	SAN FRANCISCO DE FORTUL	4.846.462.244	15%
7	SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	1.642.441.165	5%
8	SAN JOSE DE CRAVO NORTE	1.255.132.890	4%
9	ESE MORENO Y CLAVIJO	2.506.731.676	8%
TOTAL		31.300.897.100	100%

El total de la facturación radicada a corte a 30 de septiembre de 2023 fue por valor de \$ **31.300.897.100** de los cuales el 32 % pertenece al Hospital San Antonio de Tame seguido con un 23% el Hospital San Lorenzo de Arauquita esto obedece a que son los Hospitales con mayor Facturación, se logró adelantar la radicación de algunas cuentas que estaban pendientes de la vigencia anterior.

FACTURACIÓN RADICADA POR REGIMEN Y MODALIDAD CON CORTE 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023.

A continuación, se presenta la facturación radicada por régimen y modalidad de contratación con corte 30 de septiembre de 2023:

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 56 de 245


ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO				
FACTURACION RADICADA POR REGIMENES A CORTE 31 Septiembre 2023				
DEPARTAMENTO DE FACTURACION				
REGIMEN	TOTAL FACTURACION RADICADA			%
	CAPITA	EVENTO	TOTAL	
IPS PRIVADAS	17.128.143,00	171.466.319,00	188.594.462	0,60%
CONTRIBUTIVO	468.107.091,00	1.814.489.561,00	2.282.596.652	7,29%
SUBSIDIADO	18.781.185.870,00	5.659.359.381,45	24.440.545.251	78,08%
VINCULADO	-	1.318.352.271,10	1.318.352.271	4,21%
SOAT	-	684.524.104,20	684.524.104	2,19%
ESPECIAL	-	211.524.329,00	211.524.329	0,68%
OTRO	-	542.676.763,50	542.676.764	1,73%
ADRES	-	30.104.222,50	30.104.223	0,10%
ARL	-	57.881.189,00	57.881.189	0,18%
SALUD PÚBLICA	-	1.544.097.855,00	1.544.097.855	4,93%
TOTAL	19.266.421.104,00	12.034.475.995,75	31.300.897.100	100,00%

El total de la facturación radicada a corte 30 de septiembre de 2023, fue por valor de **\$31.300.897.100** de los cuales el 78.08% pertenece al régimen Subsidiado, el 7.29% del régimen Contributivo, Salud Pública (PIC) 4.93% Y el 4.21% del régimen Vinculado.

FALENCIAS PRESENTADAS EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN.

Es de gran importancia el apoyo que se recibe por parte de la institución para la ejecución de las actividades en cada uno de los puestos de trabajo, sin embargo, algunas herramientas de trabajo son intermitentes o se encuentran ausentes para el cumplimiento del 100% del objetivo de cada logro.

- De acuerdo a visitas de auditoría a los Hospitales denotamos que la falencia más grande que tiene el área de facturación es la falta de Herramientas (equipo de cómputo e impresoras y scanner).
- Falta de personal para los procesos de facturación, puesto que los mismos facturadores son quienes están realizando la asignación de citas y esto afecta el proceso.
- El software salud360 viene presentando muchas falencias en la parte asistencial y generación de informes, no son los esperados para la rendición de información a la subgerencia y gerencia para la toma de decisiones.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 57 de 245

- Se presenta gran inconveniente con la radicación de la facturación generada al Adres, se tiene toda la facturación represada.

MEDIDAS DE MEJORA

- Una de las estrategias para mitigar las falencias en los motivos de devoluciones, fue realizar visitas a las unidades con mayor número de errores, como en el caso del Hospital San Lorenzo, San Antonio de Tame y San Francisco de Fortul.
- Con el fin de prestar una mejor atención a los usuarios la Ese Moreno y Clavijo implemento el software Salud360 que nos permite trabajar todas las sedes en línea.
- Con la implementación del nuevo Software se ha venido dando solución a la accesibilidad y oportunidad de atención.
- Se ha tratado en lo posible que se realice pre Auditoria de la facturación en la unidad asistencial antes de ser radicada.
- Se realizó retroalimentación, socialización y capacitación de la contratación vigente y los nuevos contratos como sus servicios incluidos en cada uno de ellos.
- Se cuenta con un directorio de las diferentes EPS actualizado, que contiene línea telefónica y correo electrónico, este es enviado a cada uno de los coordinadores de facturación para su socialización con los facturadores.
- Se realiza la implementación de nuevo software lo cual permite disminuir el desgaste humano y nos ayuda a controlar la facturación.


RECEPCION DE FACTURACION FISICA Y VALIDACION DE RIPS:

De acuerdo al cronograma establecido para el envío de la facturación de los hospitales y centros de salud es de los cinco (05) días de cada mes.

Los hospitales y centros de salud, enviaron dentro de los términos establecidos según circular interna la facturación generada en físico y en magnético, Rips validados y soportes de facturación generada por evento en magnético para el área de auditoría.

HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQITA presenta los RIPS unificados del Centro de Salud De Panamá Y Hospital San Ricardo Pampuri- La Esmeralda al igual que la facturación.

HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME y PUERTO JORDAN presenta los RIPS por separados debido a inconvenientes para el envío.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 58 de 245

VALIDACIÓN Y CORRECCIÓN DE RIPS.

Los Rips llegan después de recibida la facturación, según la validación se presentan inconsistencias en todos los hospitales en algunos muy mínimas en otras son muy frecuentes estos errores. La validación de RIPS la realiza el técnico de Radicación, lo cual nos ha disminuido en tiempo de radicación, también realiza seguimiento y soporte técnico con el fin de tener correctamente validado los RIPS en los portales de alguna EPS o envié de los mismos en físico o por correo electrónico.

ACCIONES REALIZADAS


- Se realizó participación en las diferentes negociaciones con las EPS, durante el Segundo trimestre de 2023.
- Se recibió en medio magnético y físico la facturación generada de los hospitales: San Antonio de Tame, San Lorenzo de Arauquita, San Francisco de Fortul, San José de Cravo Norte, San Juan de Dios de Puerto Rondón y San Ricardo Pampuri, al igual que los Centro de Salud: Juan de Jesús coronel de Puerto Jordán y Panamá de Arauca; para cada inconveniente presentado se evidencio y a su vez se subsanaron inconvenientes y errores encontrados.
- Según la contratación establecida se han dirigido correos electrónicos informando las actividades de los contratos y tarifas establecidas.
- Se generó informes requeridos por las diferentes áreas, donde se detalló la contratación recibida durante el año por las diferentes EAPB, la producción y radicación por EAPB, régimen, modalidad, variación según IPS, variación mes actual con el mes anterior, tramite y trazabilidad de la glosa, cumplimiento de la recepción de la facturación física y magnética por los hospitales y centros de salud, acciones realizadas, recibida en el trimestre del presente año.
- Se mantiene el archivo digital de la contratación vigente con las EAPB, las cuales se enviaron en medio (magnético) a los Hospitales y Centros de Salud.
- A través del envié de Bases de Datos por parte de las EPS, se han actualizado y enviado a los municipios de las empresas: FOSCAL, SANITAS, COOSALUD, y Nueva EPS.
- Conciliación con el Área de cartera en cuanto a la facturación que se radico mes a mes.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 59 de 245

- Se realizó la conciliación con contabilidad mes a mes de la facturación generada.
- Por medio de las Certificaciones enviadas con las EAPB con las cuales tenemos contrato bajo la modalidad de Capitado se liquidaron las capitas mensuales de los contratos de Sanitas EPS, Nueva Eps, Coosalud y Foscal.
- Se crearon, actualizaron y modificaron según la necesidad los contratos de prestación de servicios de salud por cada empresa cliente en el respectivo software de facturación, llevando a cabo la depuración de empresas con contratos vencidos.
- Para el proceso de contratación se brindó acompañamiento a la subgerencia de Salud con las diferentes EPS, teniendo como principio el mejoramiento continuo de la entidad y especificando tarifas SOAT, códigos CUPS y servicios a contratar, los cuales serán actualizados y anexados en la resolución interna, por la cual se fijan las tarifas de los servicios de salud e insumos de la Empresa Social del Estado “Moreno y Clavijo”.
- Seguimiento al vencimiento de la contratación para la vigencia 2023.

2.5 SUBPROCESO GESTIÓN CARTERA.

A corte 30 de septiembre de 2023, la ESE MYC presenta un saldo de cartera por prestación de servicios de salud por valor de \$20.665.559.281 de los cuales \$7.733.906.759 que representan un 37.42% del total de la cartera corresponde a entidades en proceso de liquidación. El régimen subsidiado continua con un % de participación del 61.27% con un saldo de cartera por valor de \$12.662.320.720, las entidades que atienden a la población migrante representan el 15.54% con un saldo por la suma de \$3.211.368.532, el régimen contributivo representa un 9.90% con un saldo de cartera por valor de \$2.046.380.903, las entidades aseguradoras representan un 9.47% con un saldo por la suma de \$1.956.333.954, las entidades que agrupan el régimen especial (Policía Nacional, Sanidad militar) representan un 1.51% con un saldo de cartera por la suma de \$312.336.614, los PIC municipales representan un 1.29% del total de la cartera, otros deudores que concentra - Fundación operación sonrisa, Cruz Roja Colombiana - representa un 0.44% con un saldo de cartera por valor de \$89.917.224, las entidades a las cuales pertenecen las IPS privadas y ARL con un saldo de cartera de \$120.572.048 representando un 0.58%.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 60 de 245


CONSOLIDADO ESTADO DE CARTERA A CORTE 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023			
ENTIDADES	SALDO NETO	ENT. LIQUIDACION	NETO
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 12.662.320.720	\$ 7.367.647.599	\$ 5.294.673.121
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 2.046.380.903	\$ 366.259.160	\$ 1.680.121.743
SOAT	\$ 1.956.333.954	\$ -	\$ 1.956.333.954
IPS PRIVADAS	\$ 19.469.137	\$ -	\$ 19.469.137
ARL	\$ 101.102.911	\$ -	\$ 101.102.911
VINCULADOS	\$ 3.211.368.532	\$ -	\$ 3.211.368.532
REGIMEN ESPECIAL	\$ 312.336.614	\$ -	\$ 312.336.614
PIC MUNICIPALES	\$ 266.329.287	\$ -	\$ 266.329.287
OTROS	\$ 89.917.224	\$ -	\$ 89.917.224
SALDO CARTERA	\$ 20.665.559.281	\$ 7.733.906.759	\$ 12.931.652.522

FUENTE: ARCHIVO CARTERA - SOFTWARE SALUD 360

El régimen subsidiado concentra el mayor número de entidades en proceso de liquidación – 15 – siendo Comparta EPS la entidad que representa un mayor valor de saldo de cartera con \$5.467.240.555; dentro de los términos legales la ESE realizó presentación de recurso de reposición contra resolución No RCG3127-20220615 del 06/15/2022 en la que la liquidadora rechazo pretensión de la ESE sin que a la fecha emita resolución alguna; sobre la EPS Salud vida pese a que promulgo Resolución No 0147 (25/10/2021) en donde reconoce deuda sobre los regímenes subsidiado y contributivo, emite resolución No 0808 del 25/04/2022 en donde declara configurado el desequilibrio presupuestal de la entidad advirtiendo que por el agotamiento total de los activos disponibles no será posible efectuar pago alguno. SaludCoop en el régimen contributivo representa el mayor % de participación entre las entidades en proceso de liquidación, sin embargo, esta entidad ha realizado el pago - hasta alcanzar el % definido por la venta de sus activos - a prorrata de valores ya reconocidos en resolución.

Frente al trimestre anterior, el saldo de cartera presento un incremento de 3 puntos porcentuales concentrado principalmente en el régimen especial y en la UAESA como entidad receptora en el departamento por atención a la población migrante, disminución de saldos en el régimen contributivo, PIC municipales y otros deudores – convenios -

COMPARATIVO ESTADO DE CARTERA				
REGIMEN	CIERRE II TRIM.	CIERRE III TRIM.	VR ABS.	VR. RELAT.
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 11.869.311.221	\$ 12.662.320.720	\$ 793.009.499	6,68%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 2.422.274.712	\$ 2.046.380.903	\$ (375.893.809)	-15,52%
SOAT - ECAT	\$ 1.319.189.300	\$ 1.956.333.954	\$ 637.144.654	48,30%
PRIVADA	\$ 36.769.351	\$ 19.469.137	\$ (17.300.214)	-47,05%
ARL	\$ 84.208.319	\$ 101.102.911	\$ 16.894.592	20,06%
VINCULADOS	\$ 2.745.462.635	\$ 3.211.368.532	\$ 465.905.897	16,97%
PIC MUNICIPALES	\$ 454.545.972	\$ 312.336.614	\$ (142.209.358)	-31,29%
REGIMEN ESPECIAL	\$ 45.420.834	\$ 266.329.287	\$ 220.908.453	486,36%
OTROS	\$ 1.068.842.393	\$ 89.917.224	\$ (978.925.169)	-91,59%
TOTALES	\$ 20.046.024.737	\$ 20.665.559.281		

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 61 de 245

ANALISIS ESTADO DE CARTERA POR EDADES.

El saldo de cartera de 0 a 90 días se encuentra en la suma de \$ 4.758.927.865 la cual representa un aumento frente al trimestre anterior del 75.81%, el saldo de cartera de 91 a 180 días se ubica en la suma de \$1.797.203.109, entre 181 y 360 días un valor de \$3.132.956.629 y en los saldos de la cartera > a 360 días por la suma de \$10.976.471.678 se ven reflejados una disminución de 37.54% frente al trimestre anterior.

ENTIDADES	II TRIMESTRE 2023	III TRIMESTRE 2023	VARIACION ABS.	VARIACION RELAT.
CARTERA CORRIENTE	\$ 2.706.806.724	\$ 4.758.927.865	\$ 2.052.121.141	75,81%
DE 91 A 180 DIAS	\$ 2.339.501.388	\$ 1.797.203.109	\$ (542.298.279)	-23,18%
DE 181 A 360 DIAS	\$ 3.461.738.197	\$ 3.132.956.629	\$ (328.781.568)	-9,50%
MAYOR A 360 DIAS	\$ 11.537.978.428	\$ 10.976.471.678	\$ (561.506.750)	-4,87%
TOTALES	\$ 20.046.024.737	\$ 20.665.559.281	\$ 619.534.544	

FUENTE: ARCHIVO CARTERA - SOFTWARE SALUD 360

Pese a que el estado de cartera presenta frente al trimestre anterior un aumento en general, este se encuentra concentrado como cartera corriente, la disminución en las otras edades de cartera equivale a la gestión realizada a fin de evitar el deterioro de esta.


REGIMEN SUBSIDIADO

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado a corte 30 de septiembre de 2023 es de \$12.662.320.720 el cual representa un 61.27% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación (Comparta, Convida, Salud vida, Cafesalud, Caja de compensación familiar de Córdoba – Comfacor - Caja de compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy, Ecoopsos, AMBUQ - Emdisalud) por valor de \$7.367.647.599.

Pese a que la cartera catalogada como de difícil cobro en este régimen agrupa en su totalidad los saldos de cartera de las entidades en proceso de liquidación, este saldo es estable frente al cierre de las vigencias anteriores.

REGIMEN CONTRIBUTIVO

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen contributivo a corte 30 de septiembre es de \$2.046.380.903 la cual representa un 9.90% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación (Cafesalud, Coomeva, Medimás EPS, Cruz Blanca y SaludCoop) por valor de \$366.259.160. El mayor deudor en este grupo de

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 62 de 245

entidades está representado por Sanitas EPS saldo que en un 95% corresponde a cartera corriente.

PPNA- VINCULADOS

El saldo de cartera de las entidades que agrupan a vinculados – migrantes – representa el 15.54% del total de la cartera; la entidad que concentra la totalidad de esta cartera es la Unidad de Salud de Arauca que pese a los requerimientos y reuniones programadas a nivel nacional gestionando la adición de recursos a fin de amortizar estos saldos que mes a mes presentan incremento teniendo en cuenta radicación, aún no se ha obtenido repuesta alguna.


CONSOLIDADO DE RECAUDO

A corte del III trimestre de 2023 se obtiene un recaudo total por la suma de \$29.434.468.923 discriminados en \$1.854.824.852 que representan un 6.30% que corresponden a recaudo vigencia anterior y \$27.579.644.070 que representa el 93.70% que corresponde a la vigencia actual.

El régimen subsidiado con un recaudo consolidado de \$24.451.073.201 representa un 83.07% del total de los recursos recibidos a corte 30 de septiembre, el recaudo en el régimen contributivo alcanza un 5.77% con un saldo por la suma de \$1.699.038.426, PIC municipales, departamentales representa un 3.49% con un recaudo de \$1.026.087.466, el recaudo del resto de ERP representa un 3.21%.

REGIMEN	CONSOLIDADO RECAUDO III TRIMESTRE							
	EVENTO		CAPITADO		TOTAL VIGENCIA ANTERIOR	TOTAL VIGENCIA ACTUAL	TOTALES	% PART.
	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL				
SUBSIDIADO	\$ 1.294.293.815,00	\$ 4.378.136.048,16	\$ -	\$ 18.778.643.338,70	\$ 1.294.293.815,00	\$ 23.156.779.386,86	\$ 24.451.073.201,86	83,07%
CONTRIBUTIVO	\$ 241.712.032,87	\$ 1.148.838.684,26	\$ -	\$ 308.487.709,00	\$ 241.712.032,87	\$ 1.457.326.393,26	\$ 1.699.038.426,13	5,77%
M. PREPAGADA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
SOAT	\$ 34.454.226,00	\$ 339.735.915,00	\$ -	\$ -	\$ 34.454.226,00	\$ 339.735.915,00	\$ 374.190.141,00	1,27%
ARL	\$ -	\$ 73.100,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 73.100,00	\$ 73.100,00	0,00%
IPS PRIVADAS	\$ 46.432.081,00	\$ 208.942.533,00	\$ -	\$ 14.166.816,00	\$ 46.432.081,00	\$ 223.109.349,00	\$ 269.541.430,00	0,92%
PIC MCPAL	\$ 31.907.450,00	\$ 994.180.016,93	\$ -	\$ -	\$ 31.907.450,00	\$ 994.180.016,93	\$ 1.026.087.466,93	3,49%
PIC DEPTAL	\$ -	\$ 304.962.332,10	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 304.962.332,10	\$ 304.962.332,10	1,04%
PPNA	\$ 40.677.043,00	\$ 525.465,00	\$ -	\$ -	\$ 40.677.043,00	\$ 525.465,00	\$ 41.202.508,00	0,14%
REG. ESPECIAL	\$ 25.271.974,00	\$ 17.428.463,00	\$ -	\$ -	\$ 25.271.974,00	\$ 17.428.463,00	\$ 42.700.437,00	0,15%
OTRAS VENTAS (OIM)	\$ 136.086.104,00	\$ 55.263.363,00	\$ -	\$ -	\$ 136.086.104,00	\$ 55.263.363,00	\$ 191.349.467,00	0,65%
PARTICULARES	\$ 3.990.127,00	\$ 81.007.932,00	\$ -	\$ -	\$ 3.990.127,00	\$ 81.007.932,00	\$ 84.998.059,00	0,29%
TOTALES	\$ 1.854.824.852,87	\$ 8.478.346.207,25	\$ -	\$ 19.101.297.863,70	\$ 1.854.824.852,87	\$ 27.579.644.070,95	\$ 29.434.468.923,82	100%

El mayor % de recaudo lo obtiene la entidad a través del mecanismo giro directo previsto por la ley 1438 de 2011, el cual durante el III trimestre del 2023 alcanzó un valor de \$14.332.245.092 el cual representa el 51.75% del total del consolidado recaudado.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 63 de 245

TRANSFERENCIAS MECANISMO GIRO DIRECTO - 2023										
EPS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTALES
NUEVA EPS	\$ 1.081.283.264	\$ 1.179.277.953	\$ 1.197.521.766	\$ 1.194.819.633	\$ 1.383.036.396	\$ 2.462.790.858	\$ 1.391.354.118	\$ 1.465.070.582	\$ 1.398.032.880	\$ 12.753.187.450
COOSALUD	\$ 51.559.840	\$ 86.078.248	\$ 97.886.367	\$ 144.685.551	\$ 146.806.868	\$ 98.628.376	\$ 106.083.638	\$ 127.883.092	\$ 93.395.000	\$ 953.006.980
SANTAS	\$ -	\$ -	\$ 1.863.700	\$ -	\$ 6.915.684	\$ 63.342.523	\$ 61.873.372	\$ 45.953.892	\$ 22.784.553	\$ 202.733.724
OTRAS	\$ 88.799.221	\$ 272.717.266	\$ -	\$ 7.542.575	\$ 3.512.268	\$ 17.415.314	\$ 9.667.893	\$ 14.424.110	\$ 9.238.445	\$ 423.317.092
TOTALES	\$ 1.221.642.325	\$ 1.538.073.467	\$ 1.297.271.833	\$ 1.347.047.759	\$ 1.540.271.216	\$ 2.642.177.071	\$ 1.568.979.021	\$ 1.653.331.676	\$ 1.523.450.878	\$ 14.332.245.246

FUENTE: PLATAFORMA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - CONS. CARTERA

Conclusiones

El consolidado general de cartera de la ESE MYC presenta un comportamiento continuo y estable en las últimas vigencias pese a que las prácticas indebidas por parte de las ERP continúan, la cartera vencida corresponde a saldos reconocidos a través de resoluciones de reconocimiento en su mayoría de entidades que se encuentran en proceso de liquidación, entidades que manifiestan no contar con la capacidad jurídica, material ni financiera para pagar conforme a los decretos 2555 de 2010 en el artículo 2.4.2.1.2 literal (e).


Este informe se presenta con salvedad ya que el software que se encuentra presenta innumerables inconvenientes en cuanto a diferencias en los informes generados que han sido informados de manera oportuna, por ende, los reportes generados carecen de confiabilidad, relevancia, comprensibilidad y comparabilidad ya que no permiten confrontar la información financiera tal como lo exige el decreto 2649 de 1993.

2.6 SUBPROCESO GESTIÓN AUDITORIA CUENTAS MEDICAS

1. OBJETIVO:

Presentación del informe trimestral con el fin de analizar el avance del estado de objeciones iniciales y glosas definitivas, estableciendo los procedimientos encaminados al mejoramiento las fallas encontradas en las mismas.

ALCANCE DE LA AUDITORIA:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 64 de 245

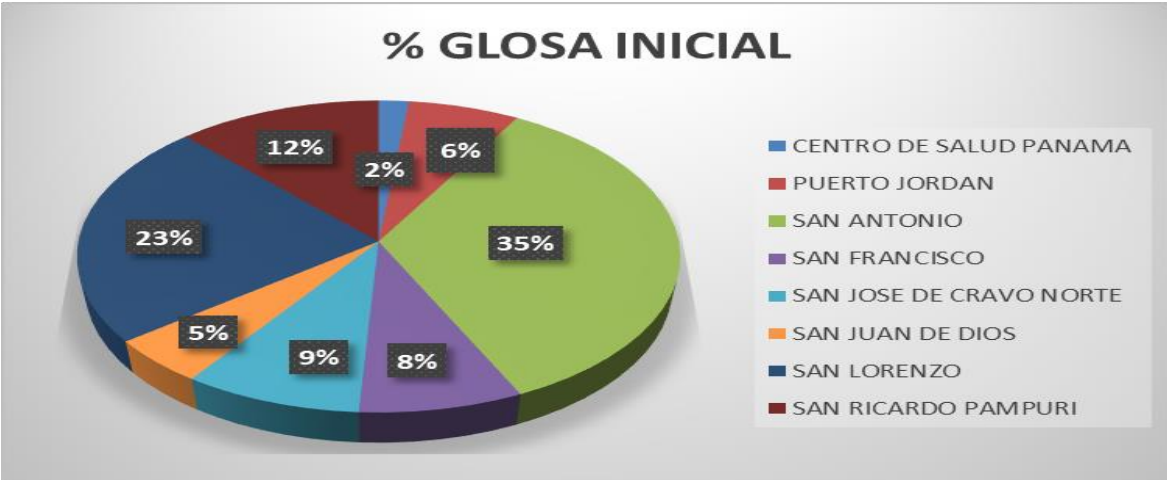
Verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad vigente para la presentación de las cuentas por servicios de salud, a partir de la auditoría realizada a la facturación radicada a las diferentes Entidades responsables de pago.

DOCUMENTACIÓN ANALIZADA:

De acuerdo al periodo comprendido entre 01 de JULIO 2023 A 30 DE SEPTIEMBRE 2023, hemos recibido objeciones por un valor de **\$ 98.385.205**, Correspondiente a la radicación de las cuentas por prestación de servicios de salud en los diferentes hospitales. Dicho valor de glosas corresponde a diferentes motivos clasificados en Objeción Administrativas y pertinencia médica, cabe resaltar que dichas objeciones fueron respondidas y soportadas según los tiempos estipulados en la normatividad vigente.


MOTIVO PRINCIPAL	GLOSA INICIAL
AUTORIZACIÓN	8,745,930
COBERTURA	22,493,207
FACTURACION	10,695,463
PERTINENCIA	657,472
SOPORTES	1,694,252
TARIFAS	54,098,881
Total, general	98,385,205

HOSPITAL	VALOR GLOSADO
CENTRO DE SALUD JORDAN	8,607,639
CENTRO DE SALUD PANAMA	1,000,000
SAN ANTONIO DE TAME	27,527,682
SAN FRANCISCO DE FORTUL	11,550,450
SAN JOSE DE CRAVO NORTE	13,359,917
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	15,865,948
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	16,865,236
SAN RICARDO DE PAMPURI	3,608,333
TOTAL	98,385,205




4. CONCILIACIÓN DE GLOSAS:

FECHA CONCILIACION	EMPRESA	VIGENCIA	VALOR DE GLOSA INICIAL	VALOR DE GLOSA ACEPTADA	VALOR A PAGAR
20/01/2023	UAESA ACTA N° 0100-2023	2023	1,419,447	0	1,419,447
21/01/2023	UAESA ACTA N° 0111-2023	2023	1,394,100	0	1,394,100
9/03/2023	UAESA ACTA N° 009-2023	2023	10,115,400	800	10,114,600
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0010-2023	2023	39,602,033	230,385	39,371,648
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0011-2023	2023	2,529,329	1,610,439	918,890
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0013-2023	2023	3,728,538	0	3,728,538
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0014-2023	2023	25,054,775	0	25,054,775
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0015-2023	2023	808,800	0	808,800
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0016-2023	2023	543,800	0	543,800
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0017-2023	2023	7,042,107	224,449	6,817,658
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0018-2023	2023	6,895,172	1,763,061	5,132,111

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036		
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01		
			Página 66 de 245		

9/03/2023	UAESA ACTA N° 0019-2023	2023	471,981	0	471,981
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0020-2023	2023	4,900,811	0	4,900,811
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0021-2023	2023	6,456,202	525	6,455,677
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0022-2023	2023	495,500	14,400	481,100
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0023-2023	2023	797,940	0	797,940
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0024-2023	2023	337,346	3,210	334,136
9/03/2023	UAESA ACTA N° 0025-2023	2023	3,936,267	308,066	3,628,201
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0058-2023	2023	1,449,100	614,995	834,105
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0059-2023	2023	726,261	614,995	111,266
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0060 - 2023	2023	1,491,600	0	1,491,600
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0061-2023	2023	202,246	202,246	0
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0062 - 2023	2023	368,760	368,760	0
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0063 - 2023	2023	1,940,500	0	1,940,500
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0064 - 2023	2023	527,379	527,379	0
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0077 - 2024	2023	5,424,989	0	5,424,989
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0065 - 2025	2023	2,228,123	0	2,228,123
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0148-2023	2023	150,474	150,474	0
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0149-2023	2023	137,654	137,654	0
19/04/2023	UAESA ACTA N° 0156-2023	2023	460,773	460,773	0
3/08/2023	UAESA ACTA N° 0100-2022	2023	1,419,447	0	1,419,447
3/08/2023	UAESA ACTA N° 0111-2022	2023	1,394,100	0	1,394,100
16/08/2023	GOBERNACION DEL HUILA ACTA N° 01	2023	540,870	540,870	0
27/09/2023	FOSCAL ACTA N° 1605	2023	761,475	396,575	364,900

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 67 de 245

4/04/2023	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO ACTA N°59493	2023	283,757,925	66,147,922	217,610,003
4/04/2023	NUEVA EPS SUBSIDIADO ACTA N°59494	2023	657,769,357	155,837,348	501,932,009
28/06/2023	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO ACTA N° 62296	2023	239,510,061	56,879,991	182,630,070
28/06/2023	NUEVA EPS SUBSIDIADO ACTA N° 62296	2023	450,236,127	109,482,954	340,753,173
	TOTAL, CONCILIADO		1,767,026,769	396,518,271	1,370,508,498

El plan de trabajo a realizar

Se continúa con el acompañamiento y socialización de glosas personalizada y por medio de la plataforma zoom. Se estudió la información reportada por errores de los facturadores y se realizan actividades encaminadas al mejoramiento de nuestras funciones en la entidad.

Se trabajó de la mano con el área de facturación con el ánimo de identificar falencias y así fortalecer la facturación de cada hospital, de la misma manera con el área de cartera realizar depuraciones entre de las diferentes Entidades Responsables de Pago, con el fin de determinar los valores reales por conciliar de cada empresa y definir los no recuperables por los diferentes motivos presentados por parte de las ERP.

Se continúa realizando la entrega al área de Facturación y a la Sub dirección Administrativa, detallado trimestral por hospital con los motivos de glosas más frecuentes y las ERP que los generan, con el ánimo de tomar medidas correctivas y mejora.

Del mismo modo se continúa adelantando el cronograma de visitas a los hospitales con el fin de socializar los principales motivos de glosas, brindar apoyo y recomendaciones a los equipos de trabajo.

Del mismo modo seguimos solicitando la depuración de saldos errados en el sistema contable, pues allí aparecen valores que ya fueron conciliados y datos que no corresponden con las glosas iniciales.

IDENTIFICACION DE HALLAZGOS.

Se continuará con el trámite de respuestas de las glosas en el aplicativo con el fin de iniciar mejores resultados de informes y demás, trámite que se realiza durante los tiempos

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 68 de 245

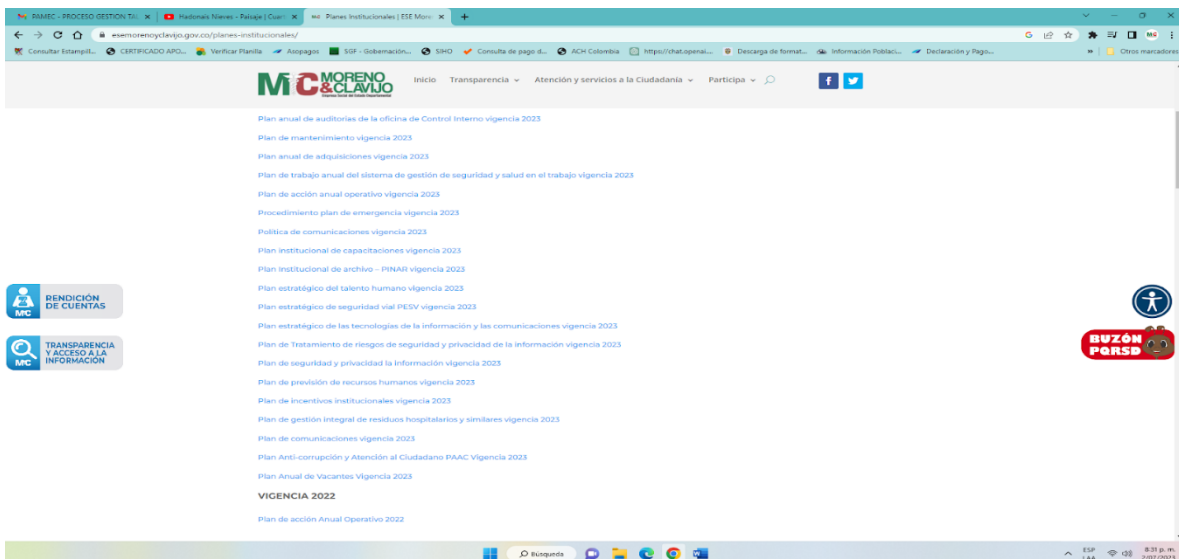
establecido normativo. Sin embargo, existen fallas en el reporte verídico de la información suministrada por el aplicativo.

Teniendo en cuenta que la Institución, se ve afectada económicamente, por diferentes factores según lo que respecta al tema de glosas; razón por la que se continua el acompañamiento al equipo de facturación, socialización de glosas y seguimiento a las actividades en cuanto al manejo de manuales tarifarios por parte del personal de facturación, contratos, rutas de solicitud de autorizaciones, para este fin continuaremos con capacitaciones al personal con el fin de reducir errores e implementando seguimientos en los mismos en aras de mejora continua, evaluar el manejo de la normatividad vigente en el tema de facturación y de la contratación realizada, manejo de indicadores de gestión que por supuesto deben ir de la mano de un excelente sistema de información que permita medir los procesos para la toma de decisiones por parte de los directivos.

2.7 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.


DESARROLLO.

Los planes institucionales del Proceso de Gestión del Talento Humano de la vigencia 2023, fueron aprobados en el mes de enero del año en curso, los cuales fueron ajustados a las necesidades del personal, se publicaron en página web comprometidos con el acceso a la información pública y transparencia. De acuerdo al plan de capacitaciones se llevó a cabo las socializaciones de los planes, los cuales fueron socializados en las reinducciones de personal.



Lo anterior es la evidencia tomada de la página web en el siguiente link o ruta:

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/>

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 69 de 245

EJECUCION- PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES 2023.

Dentro del plan de incentivos institucionales de la vigencia 2023, se contemplaron actividades que serán ejecutados en el transcurso del año.

A la fecha se ejecutaron las siguientes actividades de acuerdo a la programación del tercer trimestre: Semana Morenitos Saludables, cumpleaños, amor y amistad y aniversario ESE MYC.

ITEM	ACTIVIDADES	FECHA CONMEMORACIÓN	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
			N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I
			1° CUATRIMESTRE				2° CUATRIMESTRE				3° CUATRIMESTRE			
1	DIA DEL GENERO	MARZO			X									
2	DIA DEL TRABAJO	01 DE MAYO					X							
3	DIA DE LA ENFERMERA	12 DE MAYO					X							
4	DIA DEL SERVIDOR PUBLICO	27 DE JUNIO					X							
5	ACTIVIDADES DEPORTIVAS - CAMPEONATO INTERNO	OCTUBRE										X		
6	SEMANA MORENITOS SALUDABLES	AGOSTO								X				
7	CUMPLEAÑOS	TODO EL AÑO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	CELEBRACIÓN AMOR Y AMISTAD	SEPTIEMBRE									X			
9	CONMEMORACIÓN ANIVERSARIO ESE MORENO Y CLAVIJO Y JORNADA CULTURAL	18 DE JULIO							X					
10	DIA DEL MEDICO	3 DE DICIEMBRE												X
11	RECONOCIMIENTOS	DIC												X
12	NOVENA DE NAVIDAD (INCLUYE DECORACIÓN)	16 AL 20 DE DICIEMBRE												X
13	INTEGRACIÓN FIN DE AÑO	DIC												X

Registros fotográficos:

SEMANA MORENITOS SALUDABLES: Se invito al personal de toda la red hospitalaria a mejorar los estilos de vida saludable con prácticos consejos y actividades durante la semana.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 70 de 245

CUMPLEAÑOS: Celebrar fechas importantes en el lugar de trabajo trae beneficios tanto para los empleados, contratistas y como para la propia empresa.

En el caso de los cumpleaños, al hacer un seguimiento de las fechas de nacimiento de cada persona, y darles la oportunidad de celebrar con un desayuno o almuerzo dentro o fuera del lugar de trabajo, la entidad demuestra que se preocupa por ellos, por lo que se sentirán reconocidos y valorados.

A nivel de empresa, al reconocer los cumpleaños de su personal, la entidad aumentará la moral y motivación de los miembros del equipo, impactando directamente en sus niveles de satisfacción laboral, así como su compromiso y productividad.


La entidad puede reconocer esta fecha tan importante con una herramienta tan sencilla y eficaz como un desayuno de equipo, o una salida a almorzar al restaurante favorito del festejado.



CELEBRACION AMOR Y AMISTAD: La entidad promueve espacios de sana convivencia para todo nuestro personal con el fin de fortalecer el trabajo en equipo y la amistad laboral en la entidad, por ende, cada sede hospitalaria desarrolló actividades o pausas activas con el fin de compartir la amistad.

CONMEMORCIÓN ANIVERSARIO ESE MORENO Y CLAVIJO

DIA DEL GENERO (Día de la mujer y del Hombre): Se realizaron actividades

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 72 de 245

2	Re inducción de personal		Presencial		x	x												
---	--------------------------	--	------------	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDUCCIONES PARA PERSONAL NUEVO:

Todas las inducciones realizadas en el tercer trimestre del año en curso son evidenciadas en las Hojas de vida del personal, se diligencia formato de asistencia con los temas tratados durante la inducción. Para poder corroborar dicha información se verifica en el archivo de historias laborales de la Gestión del Talento Humano.


RE INDUCCIÓN DE PERSONAL:

Durante el tercer trimestre del presente año, no se realizaron Re inducciones al personal de la red hospitalaria.

PLAN DE CAPACITACIÓN:

- Durante el primer semestre se llevó a cabo un proceso de actualización del **plan de capacitaciones** de acuerdo al plan de mejoramiento para la verificación de necesidades de capacitaciones.

ITEM	TEMAS DE CAPACITACIÓN	RESPONSABLES	SISTEMA DE CAPACITACIÓN	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
				N	E	A	A	A	U	U	G	E	C	O	I
				E	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C
				1° CUATRIMESTRE				2° CUATRIMESTRE				3° CUATRIMESTRE			
1	Inducción para personal nuevo	Talento Humano	Presencial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Re inducción de personal		Presencial		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Contratación Estatal		Presencial/ Virtual							x	x	x	x	x	x
4	Sistema gestión de riesgos y control interno, Auditoría y control interno en el proceso auditor.		Presencial/ Virtual							x	x	x	x	x	x
5	Política seguridad del paciente.		Presencial/ Virtual							x	x	x	x	x	x
6	Auditoría, mipg.		Presencial/ Virtual							x	x	x	x	x	x
7	Sistema de información en		Presencial/ Virtual							x	x	x	x	x	x

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 73 de 245

	salud, Excel para el manejo de datos y análisis de datos.																		
8	SOGC en su componente de sistema único de habilitación, PAMEC y sistemas únicos de acreditación.																		
9	Planificación y gestión de tesorería																		
10	Auditoría financiera, Talento Humano																		
11	Administración de Servicios de Salud																		

El objetivo del PIC es facilitar a través de un conjunto coherente de acciones de capacitación y formación, el desarrollo de competencias, el mejoramiento de los procesos institucionales y el fortalecimiento de la capacidad laboral de los empleados a nivel individual y de equipo para conseguir los resultados y metas institucionales establecidas en una entidad pública.

El personal actualmente está en la búsqueda de instituciones y universidades para realizar el proceso de aprendizaje ya sea por medio de curso, diplomados o cualquier otra estrategia para llevar a cabo estas capacitaciones.


Se evidenció la ejecución de las actividades de acuerdo a la programación, cumpliendo con el 66,66% de un 100% de las actividades programadas.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%.**

Ruta de evidencias: Equipo Líder Talento Humano / Disco Talento Humano / Talento Humano / 10. Planes Institucionales Talento Humano / 2023 / soportes Plan de Capacitaciones.

EJECUCION- PLAN DE PREVISIONDE RECURSOS HUMANOS2023:

El Plan de Previsión de Recursos Humanos, surge de las obligaciones constitucionales y legales, en particular la establecida en el artículo 17 de la Ley 909 de 2004, la cual determina: Todas las unidades de personal o quienes hagan sus veces de los organismos

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 74 de 245

o entidades a las cuales se les aplica la presente ley, deberán elaborar y actualizar anualmente planes de previsión de recursos humanos que tengan el siguiente alcance:


- a. Cálculo de los empleos necesarios, de acuerdo con los requisitos y perfiles profesionales establecidos en los manuales específicos de funciones, con el fin de atender a las necesidades presentes y futuras derivadas del ejercicio de sus competencias.
- b. Identificación de las formas de cubrir las necesidades cuantitativas y cualitativas de personal para el período anual, considerando las medidas de ingreso, ascenso, capacitación y formación.
- c. Estimación de todos los costos de personal derivados de las medidas anteriores y el aseguramiento de su financiación con el presupuesto asignado. Todas las entidades y organismos a quienes se les aplica la presente ley, deberán mantener actualizadas las plantas globales de empleo necesarias para el cumplimiento eficiente de las funciones a su cargo, para lo cual tendrán en cuenta las medidas de racionalización del gasto. El Departamento Administrativo de la Función Pública podrá solicitar la información que requiera al respecto para la formulación de las políticas sobre la administración del recurso humano.

La caracterización de los empleos con los que cuenta la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo se evidencia a través de la planta de personal de la entidad, como se muestra en las siguientes tablas:

Planta Global De Personal:

Tabla 1.

NOMBRE DE CARGOS	N° CARGOS
SEDE CENTRAL	
Gerente ESE	1
Subgerente en Salud	1
Subgerente Administrativo y financiero	1
Asesor (Control Interno)	1
Asesor Planeación	1
Asesor Jurídico	1
Asesor Sistema Obligatorio Garantía de Calidad	1
Tesorero General	1
Profesional Universitario (sistema de Información)	1
Profesional Universitario (Financiero)	1
Profesional Universitario (SIAU)	1
SUBTOTAL SEDE CENTRAL	11
Director Hospital	6
Medico SSO	23
Odontólogo SSO	6

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 75 de 245

Enfermero SSO	10
Bacteriólogo SSO	4
TOTAL - HOSPITALES	49
	60

Cargos Ocupados:

Tabla 2.


NIVEL	No. De cargos ocupados	Mujeres	% Mujeres	Hombres	% Hombres	TOTAL
DIRECTIVO	9	5	56%	4	44%	100%
ASESOR	4	3	75%	1	25%	100%
PROFESIONAL	4	1	25%	3	75%	100%
ASISTENCIAL	39	24	62%	15	38%	100%
TOTAL	56	33		23		56

Respecto al total de cargos según tabla 1 y los cargos ocupados relacionados en la tabla 2 se puede evidenciar una variación con relación al personal asistencial específicamente en los cargos de los bacteriólogos toda vez que para el segundo trimestre del año se cuenta con 2 cargos cubiertos de 4 plazas aprobadas al igual que los cargos de odontólogos con 2 plazas cubiertas de las 6 aprobadas, sin embargo, dichas actividades son desarrolladas por profesionales vinculados a través de prestación de servicios, dando continuidad a la prestación del servicio y cumplimiento del objeto institucional

EJECUCION- PLAN ANUAL DE VACANTES 2023.

El Plan Anual de Vacantes, es una herramienta que tiene como propósito estructurar y actualizar la información de los cargos vacantes de la ESE MORENO Y CLAVIJO, con el fin de programar la provisión de los empleos con vacancia definitiva en la vigencia siguiente o inmediata, una vez se genere, para que no afecte el servicio público e inclusive las temporales, siempre y cuando se disponga de la respectiva disponibilidad presupuestal.

Igualmente, permite programar la provisión de los empleos con vacancia definitiva o temporal, el procedimiento de selección que se pueda surtir, los perfiles y número de cargos existentes que deban ser objeto de provisión, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios que se prestan.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 76 de 245

La información de las vacancias se actualiza en la medida en que se vayan cubriendo las mismas o se generen otras. También busca establecer cuáles son las necesidades de planta para el cabal cumplimiento de las funciones de la entidad.

Este plan busca mejorar los procesos de gestión administrativa, ofrecer igualdad de oportunidades para el acceso y promoción del servicio y estabilidad en los cargos.

Los empleos públicos pueden ser provistos de manera definitiva o transitoria mediante encargo o nombramiento provisional. Los términos de las mismas varían dependiendo la naturaleza del cargo si es de carrera administrativa o de libre nombramiento y remoción.

NOMBRE DE CARGOS	N° CARGOS
SEDE CENTRAL	
Profesional Universitario (sistema de Información)	1
Profesional Universitario (Financiero)	1
Profesional Universitario (SIAU)	1

Actualmente los profesionales de carrera administrativa en nuestra planta de personal son tres (3) de los cuales expresamos las siguientes situaciones.

1.El cargo Profesional Universitario (SIAU): Es un cargo nuevo por el cual se gestionará en su momento par que este salga a concurso por la comisión nacional del servicio civil.

2.El cargo de profesional universitario (sistemas de información) se encuentra en vacancia definitiva, es importante mencionar que el cargo fue cubierto en provisionalidad temporal por el profesional Universitario (Financiero) de acuerdo a la necesidad y por el tiempo en que dicho cargo salga a concurso por la comisión nacional del servicio civil.

3.El cargo Profesional Universitario (Financiero) está cubierto por un profesional en provisionalidad.

SIA

SIA Observa es una plataforma WEB cuya funcionalidad principal es ofrecer a las entidades de control fiscal y a los Sujetos Vigilados, una herramienta de captura de información contractual y presupuestal para la toma decisiones oportuna y con carácter preventivo.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 77 de 245

Desde la gestión del talento humano se viene realizando el cargue de la contratación del talento humano, de acuerdo a las necesidades previas. A continuación, se relaciona los reportes mensuales.

SIA OBSERVA – CONTRATACIÓN 2093		
ITEM	CUMPLE	No. DE CONTRATOS
ENERO	SI	365
FEBRERO	SI	126
MARZO	SI	91
ABRIL	SI	72
MAYO	SI	392
JUNIO	SI	226
JULIO	SI	553
AGOSTO	SI	431
SEPTIEMBRE	SI	422
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66.66%**.

SIGEP

El Departamento Administrativo de la Función Pública lidera desde el año 2010 la implementación del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP) con el fin de compilar información de gestión del talento humano al servicio del Estado Colombiano, lo anterior en cumplimiento del artículo 18 de la Ley 909 de 2004

DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA: La ESE Moreno y Clavijo como ente del Orden Territorial, Sus empleados públicos tienen plazo de realizar el reporte hasta el 31 de julio del año en curso.

La oficina de Gestión del Talento Humano de la ESE Moreno y Clavijo, viene adelantando gestiones para la actualización del personal en la plataforma del Sigep II, por lo tanto, se describen a continuación las novedades de acuerdo a las gestiones adelantadas por el profesional de apoyo del área:

- **ITEM SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL:**

De acuerdo con el reporte de auditoria realizado por control interno se procese a realizar actualización en lo que respecta a la “estructura organizacional” en la plataforma del SIGEP

II, debido a que se evidenciaron las dependencias correspondientes al organigrama de la ESE Moreno y Clavijo, Sin embargo, falta el registro de cada uno de los órganos principales en cada hospital que hacen parte de la red hospitalaria de la entidad, es decir no aparecen registrados los cargos de cada uno de los directores de cada hospital; se procede a realizar el cargue según indicaciones paramétricas.

Evidencia del primer cargue realizado

Nombre grupo	CM_CREAR_GRUPO
Fecha	20230912
Código SIGEP	E3054
Nombre Entidad	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

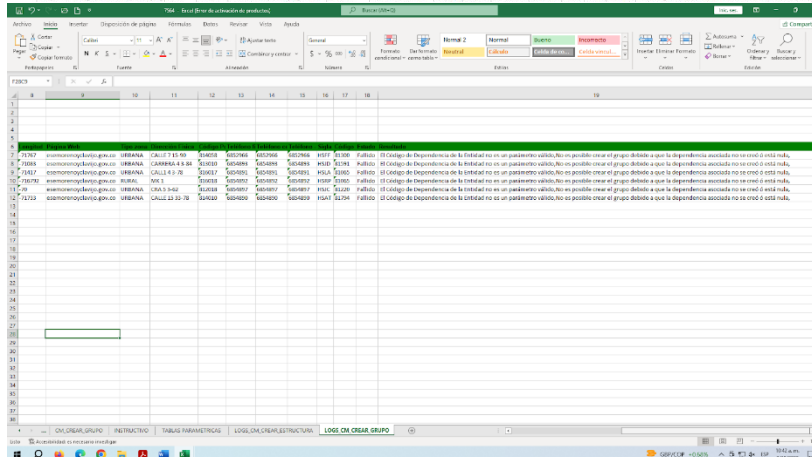
Creación masiva de grupos																
Cod_depend	Cod_grupo	Nombre_grupo	Departamento	Municipio	Correo_Institucion	Latitud	Longitud	Página Web	Tipo zona	Dirección Física	Código Postal	Teléfono	Teléfono celular	Teléfono fax	Sigla	Código DANE
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	FORTUL	hospitalfortul@es	6783	-71767	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CALLE 7 15-90	814058	6852966	6852966	6852966	HSFF	81300
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	PUERTO RONDON	hospitalrondon@es	6267	-71083	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CARRERA 4 3-84	813010	6854893	6854893	6854893	HSJD	81591
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	ARAUQUITA	hospitalarauquita@es	7017	-71417	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CALL 1 4 3-78	816017	6854891	6854891	6854891	HSLA	81065
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	ARAUQUITA	hospitalpampuri@es	694306	-716792	esemorenoyclavijo.gov	RURAL	MK 1	816018	6854892	6854892	6854892	HSRP	81065
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	CRAVO NORTE	hospitalcravo@es	6.3	-70	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CRA 5 3-62	812018	6854897	6854897	6854897	HSJC	81220
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	TAME	hospitaltame@es	6.45	-71733	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CALLE 15 33-78	814010	6854890	6854890	6854890	HSAT	81794

Cargue que arroja como resultado error en el código de la dependencia, el cual fue consultado y es el actual, según mesa de ayuda indica que la plataforma aún se encuentra en migración y se pueden presentar errores, recomendando esperar otro tiempo prudente para la realización del mismo ya que los datos están diligenciados de manera correcta.

Evidencia de segundo cargue realizado

Nombre grupo	CM_CREAR_GRUPO
Fecha	20230912
Código SIGEP	E3054
Nombre Entidad	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

Cod_depend	Cod_grupo	Nombre_grupo	Departamento	Municipio	Correo_Institucion	Latitud	Longitud	Página Web	Tipo zona	Dirección Física	Código Postal	Teléfono	Teléfono celular	Teléfono fax	Sigla	Código Estado	Resultado	
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	FORTUL	hospitalfortul@esemorenoyclavijo.gov	6783	-71767	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CALLE 7 15-90	814058	6852966	6852966	6852966	HSFF	81300	Fallido	El Código de Dependencia de la Entidad no es un parámetro válido.No es posible crear el grupo debido a q
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	PUERTO RONDON	hospitalrondon@esemorenoyclavijo.gov	6267	-71083	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CARRERA 4 3-84	813010	6854893	6854893	6854893	HSJD	81591	Fallido	El Código de Dependencia de la Entidad no es un parámetro válido.No es posible crear el grupo debido a q
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	ARAUQUITA	hospitalarauquita@esemorenoyclavijo.gov	7017	-71417	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CALL 1 4 3-78	816017	6854891	6854891	6854891	HSLA	81065	Fallido	El Código de Dependencia de la Entidad no es un parámetro válido.No es posible crear el grupo debido a q
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	ARAUQUITA	hospitalpampuri@esemorenoyclavijo.gov	694306	-716792	esemorenoyclavijo.gov	RURAL	MK 1	816018	6854892	6854892	6854892	HSRP	81065	Fallido	El Código de Dependencia de la Entidad no es un parámetro válido.No es posible crear el grupo debido a q
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	CRAVO NORTE	hospitalcravo@esemorenoyclavijo.gov	6.3	-70	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CRA 5 3-62	812018	6854897	6854897	6854897	HSJC	81220	Fallido	El Código de Dependencia de la Entidad no es un parámetro válido.No es posible crear el grupo debido a q
3054	065	DIRECTIVO	ARAUCA	TAME	hospitaltame@esemorenoyclavijo.gov	6.45	-71733	esemorenoyclavijo.gov	URBANA	CALLE 15 33-78	814010	6854890	6854890	6854890	HSAT	81794	Fallido	El Código de Dependencia de la Entidad no es un parámetro válido.No es posible crear el grupo debido a q



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01	
		Página 79 de 245

• **ITEM NOMENCLATURA Y ESCALA SALARIAL**

De acuerdo a los hallazgos evidenciados en cuanto al registro de la información correspondiente a la Nomenclatura y Escala salarial, se evidencia que no existen registros, por tal motivo se realizó cargue masivo con el fin de crear la escala salarial en la plataforma.

Evidencia del primer cargue

Nombre proceso: CM_CREAR_NOMENCLATURA_SALARIAL											
Fecha: 20230911											
Logo SIGEP: En 9054											
Nombre Entidad: DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO											
Crear nomenclatura y escala salarial por cargue masivo											
Nomenclatura											
Escala Salarial											
Tipo de Norma	Fecha de No	Nombre de Nomenclatura	Clasificación Org	Sistema de Carr	Nivel	Denominación	Código	Grado	Tipo de Moneda	Asignación	
DECRETO	20180718,00	334 GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	NO APLICA	NO APLICA	DIRECTIVO	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	085	06	PESOS COLOMBIANOS	8000000,00	
DECRETO	20180718,00	334 SUBGERENTE EN SALUD	NO APLICA	NO APLICA	DIRECTIVO	SUBGERENTE	084	05	PESOS COLOMBIANOS	5294653,00	
DECRETO	20180718,00	334 SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	NO APLICA	NO APLICA	DIRECTIVO	SUBGERENTE	084	05	PESOS COLOMBIANOS	5294653,00	
DECRETO	20180718,00	334 DIRECTOR HOSPITAL	NO APLICA	NO APLICA	DIRECTIVO	DIRECTOR DE UNIDAD HOSPITALARIA	065	02	PESOS COLOMBIANOS	4925776,00	
DECRETO	20180718,00	334 ASESOR DE PLANEACION	NO APLICA	NO APLICA	ASESOR	ASESOR	105	04	PESOS COLOMBIANOS	4916497,00	
DECRETO	20180718,00	334 ASESOR SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA	NO APLICA	NO APLICA	ASESOR	ASESOR	105	04	PESOS COLOMBIANOS	4916497,00	
DECRETO	20180718,00	334 ASESOR DE CONTROL INTERNO	NO APLICA	NO APLICA	ASESOR	ASESOR	105	04	PESOS COLOMBIANOS	4916497,00	
DECRETO	20180718,00	334 ASESOR JURIDICO	NO APLICA	NO APLICA	ASESOR	ASESOR JURIDICO	105	04	PESOS COLOMBIANOS	4916497,00	
DECRETO	20180718,00	334 PROFESIONAL UNIVERSITARIO FINANCIERO	NO APLICA	NO APLICA	PROFESIONAL	PROFESIONAL	219	01	PESOS COLOMBIANOS	3284764,00	
DECRETO	20180718,00	334 TESORERO GENERAL	NO APLICA	NO APLICA	PROFESIONAL	TESORERO	201	04	PESOS COLOMBIANOS	4220416,00	
DECRETO	20180718,00	334 PROFESIONAL UNIVERSITARIO SISTEMAS DE	NO APLICA	NO APLICA	PROFESIONAL	PROFESIONAL	219	04	PESOS COLOMBIANOS	4149875,00	
DECRETO	20180718,00	334 PROFESIONAL UNIVERSITARIO SIAU	NO APLICA	NO APLICA	PROFESIONAL	PROFESIONAL	219	04	PESOS COLOMBIANOS	4149875,00	
DECRETO	20180718,00	334 PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA	ASISTENCIAL	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	01	PESOS COLOMBIANOS	2821367,00	
DECRETO	20180718,00	334 PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA	ASISTENCIAL	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	01	PESOS COLOMBIANOS	3006092,00	
DECRETO	20180718,00	334 PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA	ASISTENCIAL	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	01	PESOS COLOMBIANOS	3006092,00	
DECRETO	20180718,00	334 PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA	ASISTENCIAL	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	02	PESOS COLOMBIANOS	4212264,00	

Evidencia del cargue realizado, donde arroja 3 cargues fallidos debido a que la nomenclatura ya existe para la entidad.

Nombre proceso: CM_CREAR_NOMENCLATURA_SALARIAL												
Fecha: 20230911												
Logo SIGEP: En 9054												
Nombre Entidad: DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO												
Crear nomenclatura y escala salarial por cargue masivo												
Nomenclatura												
Escala Salarial												
Tipo de Norma	Fecha de No	Nombre de Nomenclatura	Clasificación Org	Sistema de Carr	Nivel	Denominación	Código	Grado	Tipo de Moneda	Asignación		
DECRETO	20180718	334 ASESOR DE CONTROL INTERNO	NO APLICA	NO APLICA	ASESOR	ASESOR	105	04	PESOS COLOMBIANOS	4916497	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 ASESOR JURIDICO	NO APLICA	NO APLICA	ASESOR	ASESOR JURIDICO	105	04	PESOS COLOMBIANOS	4916497	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 PROFESIONAL UNIVERSITARIO FINANCIERO	NO APLICA	NO APLICA	PROFESIONAL	PROFESIONAL	219	01	PESOS COLOMBIANOS	3284764	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 TESORERO GENERAL	NO APLICA	NO APLICA	PROFESIONAL	TESORERO	201	04	PESOS COLOMBIANOS	4220416	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 PROFESIONAL UNIVERSITARIO SISTEMAS DE INFORMACION	NO APLICA	NO APLICA	PROFESIONAL	PROFESIONAL	219	04	PESOS COLOMBIANOS	4149875	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 PROFESIONAL UNIVERSITARIO SIAU	NO APLICA	NO APLICA	PROFESIONAL	PROFESIONAL	219	04	PESOS COLOMBIANOS	4149875	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA	ASISTENCIAL	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	01	PESOS COLOMBIANOS	2821367	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA	ASISTENCIAL	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	01	PESOS COLOMBIANOS	3006092	Fallido	La nomenclatura ya existe para la entidad.
DECRETO	20180718	334 GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	NO APLICA	NO APLICA	DIRECTIVO	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	085	06	PESOS COLOMBIANOS	8000000	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 SUBGERENTE EN SALUD	NO APLICA	NO APLICA	DIRECTIVO	SUBGERENTE	084	05	PESOS COLOMBIANOS	5294653	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	NO APLICA	NO APLICA	DIRECTIVO	SUBGERENTE	084	05	PESOS COLOMBIANOS	5294653	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 DIRECTOR HOSPITAL	NO APLICA	NO APLICA	DIRECTIVO	DIRECTOR DE UNIDAD HOSPITALARIA	065	02	PESOS COLOMBIANOS	4925776	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 ASESOR DE PLANEACION	NO APLICA	NO APLICA	ASESOR	ASESOR	105	04	PESOS COLOMBIANOS	4916497	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 ASESOR SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD	NO APLICA	NO APLICA	ASESOR	ASESOR	105	04	PESOS COLOMBIANOS	4916497	OK	Nomenclatura y Escala Salarial creada correctamente
DECRETO	20180718	334 PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA	ASISTENCIAL	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	01	PESOS COLOMBIANOS	3006092	Fallido	La nomenclatura ya existe para la entidad.
DECRETO	20180718	334 PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	NO APLICA	NO APLICA	ASISTENCIAL	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	02	PESOS COLOMBIANOS	4212264	Fallido	La nomenclatura ya existe para la entidad.

De acuerdo a lo indicado por mesa de ayuda del Sigep II, al realizar el registro de la escala salarial en donde se repite código y grado, el tener como denominación principal nombre de la nomenclatura *profesional de servicio social obligatorio*, en donde clasifica (medico servicio social obligatorio, enfermera servicio social obligatorio, bacteriólogo servicio social obligatorio y odontólogo servicio social obligatorio). No se puede crear más de una vez la misma denominación y grado, bajo el mismo nombre de nomenclatura, por tal motivo solo se realiza la creación de una escala salarial con el nombre *profesional de servicio social obligatorio*.

• ITEM DESVINCULACION DE PERSONAL:

Se realizo la desvinculación de 11 funcionarios que laboraron en la entidad, que ya no se encuentran activos y que a la fecha no habían sido desvinculados.

DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1024591289	Luis Alejandro	Gonzalez Rojas	22/03/2022	21/03/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1049394966	Yandry Shirley	Angarita Blanco	07/04/2022	01/05/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1063811835	Luis Angel	Castro Tabares	01/05/2022	15/06/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1116806383	Ana Maria	Chacón León	05/08/2022	06/08/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1007760378	LINA PAOLA	MORA CÁCERES	29/07/2022	31/07/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1116801448	Juan Sebastian	Sierra Cedeño	05/08/2022	08/08/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1042446817	Ronald Andres	Orozco Pardo	19/07/2022	25/07/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1094272412	Liseth Paola	Quintero Olave	15/03/2022	14/03/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1016095539	Julian David	Núñez Valdes	12/07/2022	11/07/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1076625970	Maria Paula	Urbina	12/07/2022	11/07/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE EXTRANJERIA	1257564	Sandy Gabriel	Dugarte	22/04/2022	27/04/2023	POR EXPIRACION DEL PLAZO PACTADO

• ITEM PERSONAL CON VINCULACION ACTIVA:


01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	60020972	ALBA ROSA	MEDRANO PEREZ	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA ADMONIT TENDERO GENERAL	201	044	CARRERA ADMINISTRATIVA LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	1807/2000	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	100977376	Arly Lideth	Vasquez Camarero	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	01	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	8786/2011	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1118552800	José Ferny	Saache Abujolides	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	01	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	1911/2021	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1031185309	Arvelto Feo	Carros Andres	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	01	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	1899/2021	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE EXTRANJERIA	709097	Omer Eduardo	Mansueto	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	01	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	8195/2021	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1118777721	ALBERTO ENSTEN	SADOGAL PUESTA	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA ADMONIT PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	04	CARRERA ADMINISTRATIVA ESCALAFONADO EN CARRERA	1995/2019	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	102408848	OSBER MASCIOLA	REINAL GUTIERREZ	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	01	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	0815/2021	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1118497094	Kely Yulema	Herrera Perez	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	02	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	631/2021	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1118084741	Johelson Wayne	Ardo Castellon	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	02	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	2697/2022	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1118083340	ARLY VANESA	MENDOZA LOPEZ	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	02	CARRERA ADMINISTRATIVA PERIODO PRUEBA	1895/2022	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1018138721	Jhoanna Patricia	de la Cruz de la Hoz	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	217	02	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	899/2021	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CL/CEDULA DE CIUDADANIA	1118096716	Narelly Andres	Muñoz Cisneros	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL SUBORDENADA EN SALUD PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	01	CARRERA ADMINISTRATIVA NOMBRAMIENTO PROFESIONAL	05/06/2021	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	10992480	PAULA ANDREA	DUARTE LIZABARDO	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER OFICINA ASESORA DE PLANEACION ASESOR	102	04	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	2687/2022	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	10717202	WANDERY ESPERANZA	ZORRERO LAMUS	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER SUBORDENADA EN SALUD DIRECTOR DE HOSPITAL	502	02	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	2402/2020	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	1090724280	Diana Carolina	Sarffos Mendoza	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER SUBORDENADA EN SALUD DIRECTOR DE HOSPITAL	502	02	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	2712/2022	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	1024891782	Juan Katherine	Alvís Sigüenza	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER SUBORDENADA EN SALUD SUBDIRECTOR O SUBSUCEDER	504	05	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	10/08/2020	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	10304543	Maria Amparo	Variegas Muñoz	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER OFICINA ASESORA DE CONTROL INTE ASesor	102	04	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	2402/2020	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	10181830	Jorge Enrique	Perez Garcia	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER SUBORDENADA EN SALUD DIRECTOR DE HOSPITAL	502	02	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	2402/2020	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	10209054	DEBLYS YLEITZA	OLIVERA LIZABARDO	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER SUBORDENADA EN SALUD DIRECTOR DE HOSPITAL	502	02	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	2402/2020	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	10206089	RUTH LECORRA	DIAZ AYALA	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER SUBORDENADA ADMINISTRATIVA Y FN SUBDIRECTOR O SUBSUCEDER	504	05	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	11/02/2020	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	10031271	FABEODY ALEXANDER	OLIVERA BATECA	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER OFICINA ASESORA DE GARANTIA DE ASesor	102	04	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	2402/2020	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL CEDULA DE CIUDADANIA	11939356	Luis Alberto	Mijares Franco	2054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER SUBORDENADA EN SALUD DIRECTOR DE HOSPITAL	502	02	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCO	2402/2020	793
01001 DEPARTAMENTAL DE PRIMER CEDULA DE CIUDADANIA	1098726848	WILDER HERNANDO	ORTIZ BUENO	0654	DEPARTAMENTAL DE GERENCIA GERENTE EMPRESA SOCIAL	088	06	PERIODO FULC PERIODO FULC	01/04/2022	793

Actualmente se cuenta con 23 personas activas vinculadas a la empresa dentro de la plataforma, ya que se realizó la depuración respectiva.

• ITEM DESHABILITACION DE ROLES:

Según reporte de roles de usuario activos entregado por el área de control interno se evidenció, que existían en el aplicativo múltiples roles de usuarios activos que, a pesar de su desvinculación de la entidad no se habían inhabilitado, por tal razón se realizó el proceso dentro de la plataforma depurando 29 usuarios para que sean desactivados, dejando habilitados solo los siguientes usuarios:

- Jefe de contratos: Ruth Leonora Diaz Ayala
- Jefe de control interno: María Amparo Vanegas Molano
- Jefe de talento humano: Jhan Carlos Quiroz Padilla
- Operador de talento humano (servidor público): Sharlyn Lilley Suescun Varón

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 81 de 245

Se debe tener en cuenta que al realizar la consulta de roles de usuarios aparecerán todos los usuarios que han sido habilitados para la empresa, pero los deshabilitados se evidenciarán con la fecha de finalización del rol.

- ITEM DESASOCIAR USUARIOS DE LA ENTIDAD:**

Se realizó depuración de usuarios asociados a la entidad, logrando desasociar 52 usuarios que ya no tienen ningún tipo de vinculación con la empresa.

- ITEM ASOCIAR USUARIOS DE LA ENTIDAD:**


Dentro de todo el proceso realizado se evidenció que existían usuarios que no habían sido asociados a la entidad, por tal motivo se efectuó la asociación de 4 funcionarios de planta para realizar respectiva vinculación.

- EVIDENCIA DE SEGUIMIENTO GENERAL:**

Cód. Entidad	Entidad	Orden	SubOrden	Seguimiento Año		Clasificación Orgánica	Naturaleza Jurídica	Fecha en la que logró el 100% planta	Planta Personal – servidores públicos				No. Vinculados / No. Cargos de planta	Peso % Vinculación	Porcentaje de Vinculación		
				Departamento	Municipio				Total Planta por Norma	Planta Aprobada Real	No. Empleados Vinculados	Total Vacantes				No. Declaraciones Bienes y Rentas Vigencia 2022	
3054	DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	TERRITORIAL	DEPARTAMENTAL	ARAUCA	ARAUCA	RAMA EJECUTIVA	EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO		58	58	23	35	0	39.66 %	80	80,00 %	17.69 %
Total General									58	58	23	35	0	39.66 %	80	80,00 %	17.69 %

Fecha en la que logró el 100% planta	Planta Personal – servidores públicos				No. Declaraciones Bienes y Rentas Vigencia 2022	No. Vinculados / No. Cargos de planta	Peso % Vinculación	Porcentaje de Vinculación
	Total Planta por Norma	Planta Aprobada Real	No. Empleados Vinculados	Total Vacantes				
	58	58	23	35	0	39.66 %	80	17.69 %
Total General	58	58	23	35	0	39.66 %	80	17.69 %

Con base al seguimiento general exportado desde el aplicativo de SIGEP II a fecha 03/10/2023, se puede evidenciar algunas de las actualizaciones que se han logrado generar en cuanto a los hallazgos que se han venido presentando en las auditorías; teniendo pendiente por realizar asociación, creación, actualización y vinculación de personal faltante que se encuentra vinculado en planta para completar el total aprobado.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 82 de 245

Adicional a lo anterior, con apoyo en el manual de usuario y realizando consultas a la mesa de ayuda he solicitado video tutoriales que tengan relación a los temas que he venido desarrollando y actualizando dentro de la plataforma SIGEP II, con el objetivo de poder avanzar en lo que corresponde al cumplimiento y actualización de la información ya que se ha evidenciado que desde hace más de dos años no se ha realizado ningún proceso en cuanto a lo correspondiente a la plataforma.

Para efectos del plan de acción este **tercer trimestre cumple con el 66,66%**.

SECOP.

Es la plataforma en la cual las Entidades Estatales deben publicar los Documentos del Proceso, desde la planeación del contrato hasta su liquidación. También permite a las Entidades Estatales y al sector privado tener una comunicación abierta y reglada sobre los Procesos de Contratación.

Desde la gestión del talento humano se viene realizando el cargue de la contratación del talento humano, de acuerdo a las necesidades previas. A continuación, se relaciona los reportes mensuales.


Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%**.

SECOP – CONTRATACIÓN 2023		
ITEM	CUMPLE	No. DE CONTRATOS
ENERO	SI	365
FEBRERO	SI	126
MARZO	SI	91
ABRIL	SI	72
MAYO	SI	392
JUNIO	SI	226
JULIO	SI	553
AGOSTO	SI	431
SEPTIEMBRE	SI	422
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		

Para efectos del plan de acción este **tercer trimestre cumple con el 66,66%**.

CODIGO DE INTEGRIDAD.

Durante el tercer trimestre se adelantó la construcción de la política de integridad establecido en el plan de mejoramiento realizado por el área de control interno quien realizo auditoría y detectó la realización del mismo para su implementación y se socializará en el cuarto trimestre del año en curso.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 83 de 245

Se llevó a cabo la actualización del código de integridad 2023, la cual está establecida como plan de mejora por parte del área de control interno y se socializará en el cuarto trimestre del año en curso.

Para efectos del plan de acción este **tercer trimestre cumple con el 66,66%**.

ESCALA SALARIALES:

La ESE Moreno y Clavijo dando cumplimiento a lo establecido en el plan anticorrupción y atención al ciudadano PAAC vigencia 2023 de acuerdo al Subcomponente 1: Lineamientos transparencia activa.

Actualmente nuestra página web contiene el reporte de asignaciones salariales de la vigencia 2023, la cual pueden evidencia en nuestra página web <https://esemorenoyclavijo.gov.co/>


Durante el tercer trimestre se adelantó la elaboración de la tabla de honorarios establecido en el plan de mejoramiento realizado por el área de control interno quien realizo auditoría y detectó la realización del mismo para su implementación y se socializará en el cuarto trimestre del año en curso.

Para efectos del plan de acción este **tercer trimestre cumple con el 66,66%**.

SISTEMA DE INFOMACION HOSPITALARIA (SIHO 2193)

Para dar cumplimiento en la oportunidad del reporte de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, de cada una de las ESE del País, con lo cual se da cumplimiento a lo previsto en el anexo No. 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

La ESE Moreno y Clavijo desde la gestión del talento Humano viene realizando los reportes trimestrales a los que corresponde Contratación de personal y Recursos Humanos. Los reportes se realizan directamente en la plataforma de forma trimestral y así mismo se radica oficio en la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 84 de 245

Reporte de Formularios SIHO 2093				
ITEM	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE
CONTRATACIÓN	X	X		
RECURSO HUMANO	X	X		

Actualmente el Proceso de Gestión del Talento Humano se encuentra al día con los reportes correspondientes. En el mes de octubre del año en curso, se realizará el reporte del tercer trimestre del año en curso.

Para efectos del plan de acción este **tercer trimestre cumple con el 66,66%**.

NÓMINA

Durante la gestión del talento humano, la liquidación y radicación de la nómina se realiza mes a mes en la oficina de contabilidad para su causación. A la fecha no hay nómina pendiente.

NOMINA 2093				
ITEM	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE
ENERO	X			
FEBRERO	X			
MARZO	X			
ABRIL		X		
MAYO		X		
JUNIO		X		
JULIO			X	
AGOSTO			X	
SEPTIEMBRE			X	
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				


Soportes: Oficios de radicación.

Para efectos del plan de acción este **tercer trimestre cumple con el 66,66%**.

GESTIÓN DEL RETIRO

Con el fin de dar cumplimiento al último ciclo de vida del servidor público “retiro” la entidad realiza una adecuada gestión del retiro desde la gestión del talento humano.

Para la gestión del retiro es importante que el servidor se realice la evaluación médica de egreso la cual tiene como finalidad revisar la condición de salud del trabajador cuando se termina la relación laboral con una empresa, en este caso la ESE Moreno y Clavijo. Así mismo todo el proceso de nómina garantizando todas las prestaciones de ley y demás que sean necesarios para un adecuado retiro del servidor público.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 85 de 245

Con el proveedor LASAR ASOCIADOS IPS S.A.S, se evidencian los exámenes de egresos, ingresos y periódicos, los cuales son archivados y están bajo la custodia por el profesional de seguridad y salud en el trabajo y así mismo es enviado al funcionario mediante correo electrónico.

MES	DESCRIPCION	CANTIDADES
JULIO	exámenes médicos ocupaciones de ingreso	8
	exámenes médicos ocupaciones de egreso	7
	exámenes Ocupacionales de valoración periódicas programadas	9

MES	DESCRIPCION	CANTIDADES
AGOSTO	exámenes médicos ocupaciones de ingreso	10
	exámenes médicos ocupaciones de egreso	5
	exámenes Ocupacionales de valoración periódicas programadas	215

MES	DESCRIPCION	CANTIDADES
SEPTIEMBRE	exámenes médicos ocupaciones de ingreso	6
	exámenes médicos ocupaciones de egreso	2
	exámenes Ocupacionales de valoración periódicas programadas	41

Actualmente la ese Moreno y Clavijo desde la oficina del Talento Humano no se ha llevado a cabo gestiones de retiro de personal por PENSION.


AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO

1. PLANTA GLOBAL DE PERSONAL

Los empleos con los que cuenta la E.S.E. Departamental Moreno y Clavijo se evidencian a través de la planta de personal de la entidad, como se muestra en las siguientes tablas:

Tabla 1.

NOMBRE DE CARGOS	N° CARGOS
SEDE CENTRAL	
Gerente ESE	1
Subgerente Atención de Salud	1
Subgerente Administrativo y financiero	1
Asesor (Control Interno)	1
Asesor Planeación	1
Asesor Jurídico	1
Asesor Sistema Obligatorio Garantía de Calidad	1
Tesorero General	1
Profesional Universitario (Sistema de Información)	1
Profesional Universitario (Financiero)	1

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 86 de 245

Profesional Universitario (SIAU)	1
SUBTOTAL SEDE CENTRAL	11
Director Hospital	6
Medico SSO	23
Odontólogo SSO	6
Enfermero SSO	10
Bacteriólogo SSO	4
TOTAL - HOSPITALES	49
	60

CARGOS OCUPADOS

Tabla 2.

NIVEL	No. De cargos ocupados	Mujeres	% Mujeres	Hombres	% Hombres	TOTAL
DIRECTIVO	9	5	56%	4	44%	100%
ASESOR	4	3	75%	1	25%	100%
PROFESIONAL	4	1	25%	3	75%	100%
ASISTENCIAL	39	24	62%	15	38%	100%
TOTAL	56	33		23		56

Respecto al total de cargos según tabla 1 y los cargos ocupados relacionados en la tabla 2 se puede evidenciar una variación con relación al personal asistencial específicamente en los cargos de los bacteriólogos toda vez que para el segundo trimestre del año se cuenta con 2 cargos cubiertos de 4 plazas aprobadas al igual que los cargos de odontólogos con 2 plazas cubiertas de las 6 aprobadas, sin embargo, dichas actividades son desarrolladas por profesionales vinculados a través de prestación de servicios, dando continuidad a la prestación del servicio y cumplimiento del objeto institucional.


2. GASTOS DE PERSONAL:

La entidad durante el periodo evaluado contó con los recursos económicos y humanos para el desarrollo de su gestión administrativa y misional los cuales se describen a continuación.

GASTOS PERSONAL PLANTA

Tabla 3.

CONCEPTO	JULIO 2023	AGOSTO 2023	SEPTIEMBRE 2023
SUELDO BASICO	\$ 208.674.170,00	\$ 218.281.297,00	\$ 222.535.481,00

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 87 de 245

BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 7.978.000,00	\$ 6.526.000,00	\$ 5.552.000,00
PRIMA DE SERVICIOS	\$ 1.378.000,00		
INDEMNIZACION DE VACACIONES	\$ 8.967.000,00	\$ 3.113.000,00	\$ 3.493.000,00
PRIMA DE NAVIDAD	\$ 10.528.000,00	\$ 12.432.000,00	\$ 4.826.000,00
CESANTIAS	\$ 12.285.000,00	\$ 11.158.000,00	\$ 6.373.000,00
INTERESES DE CENSANTIAS	\$ 943.000,00	\$ 4.041.000,00	\$ 469.000,00
HORAS EXTRAS	\$ 4.645.587,00	\$ 3.464.308,00	\$ 2.415.287,00
RECARGOS	\$ 17.778.419,00	\$ 19.361.348,00	\$ 13.170.837,00
PRIMA DE VACACIONES	\$ 16.403.000,00	\$ 11.782.000,00	\$ 8.351.000,00
BONIFICACION ESPECIAL POR RECREACION	\$ 2.149.000,00	\$ 1.570.000,00	\$ 1.098.000,00
DISPONIBILIDAD	\$ 8.389.000,00	\$ 8.744.000,00	\$ 8.308.000,00
APORTES PARAFISCALES Y POTRONALES	\$ 74.674.985,00	\$ 77.084.323,00	\$ 75.864.557,00
TOTAL	\$ 374.793.161,00	\$ 377.557.276,00	\$ 352.456.162,00
TOTAL, TRIMESTRE	\$	1.104.806.599,00	

De acuerdo a la información relacionada en la tabla 3. se puede establecer que durante el tercer trimestre de 2023 la nómina de la ESE Moreno y Clavijo tuvo un costo total de \$ 1.104.806.599,00, evidenciándose variaciones relacionadas con pago de recargos, disponibilidades efectivas canceladas a los médicos de servicio social obligatorio (SSO), pago de prima de vacaciones, cesantías e intereses de cesantías para el personal de las diferentes sedes adscritas a la entidad de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.

Sin embargo, la variación de un mes ha sido en aumento debido a las novedades, para el mes de agosto de 2023 se evidencia el pico más alto respecto a los costos de la nómina de planta de personal de la entidad.

Para el periodo evaluado la entidad se encuentra al día con el pago de la nómina mes a mes, aportando de esta forma a mantener al personal motivado, estrategia que le permite a la entidad brindar un servicio con calidad, oportunidad y calidez humana.

GASTOS PERSONAL POR TÉRMINO FIJO

Con relación al personal que se encuentra vinculado bajo la modalidad de término fijo, se puede concluir que la entidad cuenta con 298 funcionarios en los siguientes perfiles (auxiliar de enfermería, auxiliar de laboratorio, auxiliares PAI WEB, auxiliar Sispro, auxiliar administrativo, cajero facturador, higienista oral y servicios generales), así mismo el valor de la nómina promedio mensual correspondiente a: sueldo básico, auxilio de transporte, indemnización de vacaciones, recargos, disponibilidades, rodamiento y contribuciones parafiscales y patronales como se puede evidenciar en la tabla 4 respectivamente


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 88 de 245

Tabla 4.

CONCEPTO	JULIO 2023	AGOSTO 2023	SEPTIEMBRE 2023
SUELDO BASICO	\$ 379.865.267	\$ 377.761.867,00	\$ 376.124.400,00
AUXILIO DE TRANSPORTE	\$ 41.783.416	\$ 41.549.073,00	\$ 41.366.285,00
PRIMA DE SERVICIOS	\$ -		\$ 1.283.500,00
CESANTIAS	\$ 6.380.000	\$ 1.630.400,00	\$ 3.576.000,00
INTERESES DE CENSANTIAS	\$ -		
RECARGOS	\$ 34.836.995	\$ 37.055.970,00	\$ 33.638.840,00
HORAS EXTRAS	\$ 3.867.224	\$ 516.628,00	\$ 3.201.638,00
PRIMA DE VACACIONES	\$ 4.601.250	\$ 1.531.000,00	\$ 1.830.000,00
RODAMIENTO	\$ 15.517.000	\$ 15.700.000,00	\$ 14.750.000,00
BONIFICACIÓN ESPECIAL POR RECREACION			
DISPONIBILIDAD	\$ 6.487.021	\$ 7.149.000,00	\$ 6.100.000,00
APORTES PARAFISCALES Y POTRONALES	\$ 133.728.059	\$ 132.768.397,00	\$ 132.916.031,00
TOTAL	\$ 627.066.232,38	\$ 615.662.335,00	\$ 614.786.694,00
TOTAL, TRIMESTRE	\$	1.857.515.261,38	


GASTOS PERSONAL POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La oficina de Talento Humano realizó los trámites administrativos correspondientes a la etapa precontractual y contractual para llevar a cabo la vinculación del personal necesario para el funcionamiento de la Institución.

A continuación, se describe la distribución y número de personal contratado para las diferentes áreas misionales y de apoyo a la gestión o para la red hospitalaria y sede central de la entidad, así:

Tabla 5.

ANÁLISIS N° OPS TERCER TRIMESTRE 2023			
Concepto	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	82	85	81
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	57	63	62
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	42	47	49

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 89 de 245

HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	23	28	29
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - RONDON	22	24	22
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	19	22	24
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL - PUERTO JORDAN	13	14	16
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	12	11	12
SEDE CENTRAL	60	59	56
PIC	56	57	54
ESPECIALISTAS	14	14	15
ETCR	2	3	2
EQUIPOS BASICOS	147	X	X
UNFPA	4	4	X
TOTAL:	553	431	422

- ANALISIS DE RESULTADOS**


Se resalta la información correspondiente al tercer trimestre del mismo año donde se puede evidenciar el número de contratistas vinculados a la entidad, mes de julio de 2023, con 553 personas, mes de agosto contó con 431 personas, en el mes de septiembre con 422 respectivamente.

De igual forma es importante mencionar que en el mes de julio de 2023 se evidencia un aumento en el número de contratos el cual se generó producto vinculación personal para el manejo de los proyectos de intervenciones colectivas PIC.

GASTOS PERSONAL POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Tabla 6.

ANALISIS N° OPS TERCER TRIMESTRE 2023			
CONCEPTO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	\$ 232.846.411,08	\$ 253.853.800,08	\$ 247.100.000,00
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	\$ 169.054.000,00	\$ 195.111.500,00	\$ 192.366.500,00

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 90 de 245

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	\$ 117.971.333,25	\$ 142.918.833,25	\$ 149.902.083,00
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	\$ 58.285.000,00	\$ 81.155.500,00	\$ 87.850.000,00
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - RONDON	\$ 54.303.000,00	\$ 64.382.000,00	\$ 60.216.000,00
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	\$ 43.830.320,00	\$ 59.233.320,00	\$ 59.917.000,00
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL - PUERTO JORDAN	\$ 40.708.000,00	\$ 42.348.000,00	\$ 45.480.000,00
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	\$ 35.448.600,00	\$ 28.608.600,00	\$ 29.907.800,00
SEDE CENTRAL	\$ 170.729.793,36	\$ 167.951.793,36	\$ 158.981.443,96
PIC	\$ 151.665.754,00	\$ 153.730.744,00	\$ 146.930.744,00
ESPECIALISTAS	\$ 84.856.554,33	\$ 99.944.500,00	\$ 109.257.500,00
ETCR	\$ 4.291.389,00	\$ 4.444.758,20	\$ 4.335.630,00
EQUIPOS BASICOS	\$ 693.904.641,00	X	X
UNFPA	\$ 16.623.000,00	\$ 16.623.000,00	X
TOTALES:	\$ 1.874.517.796,03	\$ 1.310.306.349	\$ 1.292.244.701
TOTAL \$ 4.477.068.845,89			

Fuente:

1. Información plataforma SIA
2. Información contable y financiera (gastos de personal y contratistas)
3. Liquidación de nómina

Se puede establecer que durante el tercer trimestre de 2023 los gastos del personal de prestación de servicios de la ESE Moreno y Clavijo arrojó un total de \$ 4.477.068.845,89 evidenciado en la tabla anterior.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 91 de 245

2.8 SUBPROCESO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. PLAN DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO -PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, que corresponden al conjunto de normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento de los empleadores y contratantes, mediante los cuales se establecen, verifican y controlan las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, indispensables para el funcionamiento, ejercicio y desarrollo de actividades en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SST.

El SG-SST realizo la evaluación inicial de los Estándares Mínimos en el mes de diciembre de 2022, comunicando el resultado a la ARL Positiva el 03 de enero de 2023. En el ejercicio de autoevaluación realizado por la dependencia, se observó el grado del diseño e implementación del sistema; los resultados de la evaluación de acuerdo con la metodología del plan de trabajo anual. La evaluación para este mismo ejercicio fue del 88%, resultado que se obtuvo del promedio de los siguientes estándares:

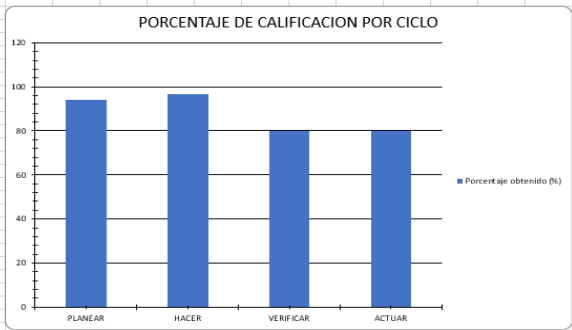
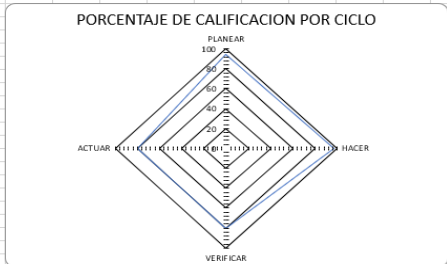
- Verificación del SGSST
- Recursos
- Mejoramiento
- Gestión de peligros y riesgos
- Gestión de plan estratégico de seguridad vial

VERIFICACION DEL SGSST:

Para los demás estándares, asociados con: Verificación del Sistema, Mejoramiento y Gestión de Peligros y Riesgos, se evidencio de acuerdo con esta auditoría, el cumplimiento con el 88% del puntaje esperado.

Frente al grado de implementación de acuerdo con el ciclo PHVA, se obtuvieron los siguientes resultados:


PORCENTAJE DE CALIFICACION POR CICLO		
CICLO	RESULTADO	% DE CALIFICACION
PLANEAR	23,5	94
HACER	45,5	96,67
VERIFICAR	5	80
ACTUAR	14	80
TOTAL	88	390,67



RECURSOS

CLASIFICACION	ESTANDAR RESOLUCION 305 DE 2022	RELACION ESTANDAR DE CALIDAD ISO 45001
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Recursos financieros Técnicos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> Roles, responsabilidades y auditorias en la organización Liderazgo y compromiso de la organización Consulta y participación de los trabajadores
	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> Competencia Toma de conciencia

Socialización e informe de ejecución del plan anual de seguridad y salud en trabajo.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 93 de 245

El Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo, aplica a todo el personal de las sedes, dependencias, áreas y procesos de la ESE MORENO Y CLAVIJO.

Las actividades contempladas en plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentran establecidas a través del ciclo PHVA que permite la mejora continua, incluye aspectos tales como: política, organización, planificación, aplicación, evaluación, auditoría y acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, valorar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud de los funcionarios, contratistas, pasantes, visitantes de la entidad, en cumplimiento de los estándares mínimos. Se estableció la necesidad de los recursos financieros, técnicos y de personal, necesarios para el diseño, implementación, revisión evaluación y mejora de las medidas de prevención y control, para la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo con el fin de que los responsables de la Seguridad y Salud en el Trabajo en la Entidad.

Gestión de Peligros y Riesgos

se especifican los accidentes laborales ocurridos al personal asistencial y administrativo de la red hospitalaria de la **ESE Moreno y Clavijo** y la ejecución de las actividades del Plan de Trabajo anual del SG-SST.


Objetivo general y específicos:

- realizar inducciones y capacitaciones del área de seguridad y salud en el trabajo, en cuanto a accidentes y enfermedades laborales y su prevención, afiliaciones, clases de riesgos y el protocolo de atención de los accidentes laborales, al personal que ingresa a laborar a la ESE MORENO Y CLAVIJO.
- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles, para proteger la Seguridad y Salud de todos los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST. Cumpliendo la normativa nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.

Encuesta virtual de reinducción del proceso de seguridad y salud en el trabajo

ACCIDENTALIDAD POR CENTRO DE TRABAJO TERCER TRIMESTRE 2023

SEDE	Nº AT 2023
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL PUERTO JORDAN	0
CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	1

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 94 de 245

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	2
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	0
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI LA ESMERALDA	0
SEDE ADMINISTRATIVA	0
TOTAL A.T.	3

Los siguientes son los Accidentes Laborales detallados que se han generado en el tercer trimestre de 2023 en la Red de Hospitales, Centros de Salud y Sede Administrativa adscritos a la ESE Moreno y Clavijo:

FECHA A.T.	SEDE	TIPO LESION	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	AGENTE	MECANISMO	CARGO
04/07/2023	HSFF	TRAUMA SUPERFICIAL	MANOS	MATERIALES O SUSTANCIAS	EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA
11/07/2023	HSAT	HERIDA	MANOS	MATERIALES O SUSTANCIAS	EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA
27/07/2023	HSFF	TRAUMA SUPERFICIAL	MANO	MATERIALES O SUSTANCIAS	EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 95 de 245



SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
ARL SURA S.A.
ACCIDENTES POR EMPRESA - DETALLADO

Contrato
096922649

Documento
N900034131

Empresa
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPTAL DE PRIMER NIVEL
MORENO Y CLAVIJO

Del 01 de Julio de 2023 al 30 de Septiembre de 2023

3	Accidentes	0	Días de incapacidad pagados
----------	------------	----------	-----------------------------


Centro de trabajo: 0000000001 - PRINCIPAL ARAUCA Sucursal: 1 - SEDE PRINCIPAL						
Doc. de Identidad	Nombre trabajador	Fecha accidente	Expediente	Tipo trabajador	Diagnóstico	Días incapacidad pagados
C1057578839	LEON COLMENARES JENNY NATALY	04-07-2023	1411598891	IND	PUNCION O LACERACION ACCIDENTAL DURANTE UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0
C1006594339	MUÑOZ PEREZ DAYLIN MELEX	27-07-2023	1411605268	DEP	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DANO DE LA(S) UNA(S)	0
C1007940327	RIVERO CONTRERAS DELLYS DAYANA	11-07-2023	1411600613	DEP	PUNCION O LACERACION ACCIDENTAL DURANTE UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0

Del total de personal accidentado en el periodo mes de julio se reporta tres (3) accidentes al personal vinculado mediante Contrato termino fijo.

De acuerdo al total de los accidentes reportados, el mecanismo del accidente que se presento es la exposición o contacto sustancias nociva o raditaciones o salpicaduras con un 100%, el agente que causo la mayor cantidad de accidentes para este periodo fue el contacto con materiales o sustancias, la información recolectada de los reportes de accidente laboral y al análisis del mismo, se puede observar que los accidentes que involucran exposición a secreciones corporales y que se clasifican como accidentes por Riesgo Biológico corresponden al 100% de los reportados para el tercer trimestre.

El tipo de lesión que se presentó con mayor porcentaje de lección fue el de trauma superficial ya que se le da una valoración que identifica la magnitud debido a que no ocasiono gran gravedad y el tiempo de incapacidad es menor.

De acuerdo a la información recolectada de los reportes de accidente laboral y al análisis del mismo, se puede observar que los accidentes que involucran al personal de enfermería son las condiciones inseguras en sus ambientes de trabajo.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 96 de 245

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL TERCER TRIMESTRE DE 2023

Tasa de Accidentalidad mensual para el trimestre:

Para el tercer trimestre de 2023 se muestra el número de accidentes presentados en el periodo evaluado con relación al total de trabajadores del mismo periodo:

Tasa de accidentalidad = $\frac{\text{Numero de accidentes laborales}}{\text{Numero promedio de trabajadores}} \times 100$

Julio: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentaron 3 accidentes en el mes

$$T.A = \frac{3}{100} \times 100 = 0.4\%$$

Agosto: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentó 0 accidente en el mes

$$T.A = \frac{0}{100} \times 100 = 0\%$$

- Septiembre: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentaron 0 accidente en el mes

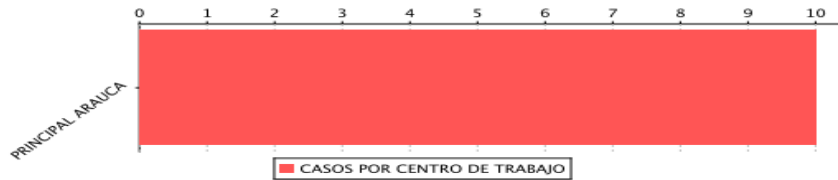
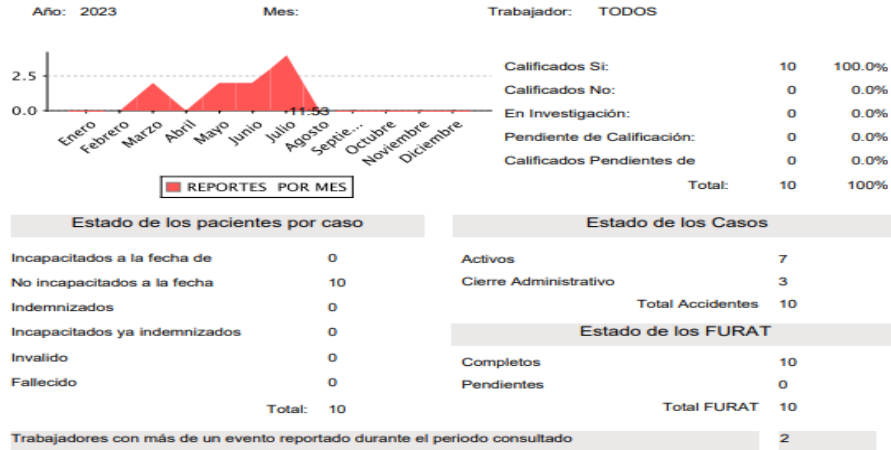
$$T.A = \frac{0}{100} \times 100 = 0\%$$

Se observa un aumento en la cantidad de accidentes laborales presentados para el mes de julio sin embargo de acuerdo a la meta establecida para el indicador no se ha sobrepasado el 0.4% en la tasa de accidentalidad.

- Índice de Frecuencia de Accidentes Laborales para el trimestre:



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPTAL DE
INDICADORES DE ACCIDENTES LABORALES**



Para el tercer trimestre de 2023 se muestra el índice de frecuencia de accidentes laborales, analizado por cada 100 funcionarios con los que cuenta la ESE y el número de accidentes reportados para el periodo, se toma en consideración el número promedio de funcionarios y las horas hombre trabajadas para el periodo y la constante K que corresponde a 240000:

$$IFAT = \frac{\text{Número total de accidentes laborales en el trimestre}}{\frac{\text{Número de Horas Hombre trabajadas en el trimestre}}{K}}$$

$$IFAT = \frac{321600}{240000} = 33.3$$

De acuerdo al resultado obtenido, se puede indicar que de cada 100 trabajadores en la ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO, se presentan 33.3% Accidentes Laborales en el trimestre.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 98 de 245

- **Porcentaje de inspecciones realizadas para el trimestre**

Para el tercer trimestre de 2023 se muestra el porcentaje de inspecciones programadas y realizadas a las diferentes sedes de la ESE Moreno y Clavijo.

$$\% \text{ Inspecciones realizadas} = \frac{\text{Número de inspecciones realizadas}}{\text{Número de inspecciones planeadas}} \times 100$$

$$\% \text{ Inspecciones realizadas} = 23$$

Para este trimestre en el plan de trabajo se realizan los reportes a la aseguradora de riesgos laborales SURA y se contemplan las inspección y seguimiento generando ambientes seguros de trabajo.

- **Investigación de accidentes e incidentes laborales para el trimestre**

Para el tercer trimestre de 2023 se muestra el número y porcentaje de investigaciones de accidentes e incidentes laborales que se realizaron en las diferentes sedes de la ESE, de acuerdo al número de accidentes / incidentes reportados.

$$\text{IAIL} = \frac{\text{Número de accidentes-incidentes investigados}}{\text{Número de accidentes-incidentes presentados}}$$

$$\text{IAIL} = 33 = 100\%$$

- **Ejecución del plan de trabajo en Seguridad y Salud en el Trabajo para el trimestre.**

Para el tercer trimestre se muestra el porcentaje de cumplimiento del Plan de Trabajo propuesto para la vigencia 2023 en la ESE Moreno y Clavijo.

$$\text{PT} = \frac{\text{Numero de actividades desarrolladas en el periodo del Plan de Trabajo}}{\text{Numero de actividades propuestas en el periodo del Plan de Trabajo}} \times 100$$

$$\text{PT} = 1115 \times 100 = 73.3\%$$

De las 15 actividades programadas para el segundo trimestre están pendientes 4 actividades por cumplir, la cual estas programadas para ejecutar cada trimestre,

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 99 de 245

obteniendo un 100%, lo cual no permite el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad manteniendo el 88% en la calificación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la empresa.

Socialización e informe de ejecución del plan de emergencias hospitalaria.

GESTION EXTINTORES RED HOSPITALARIA:


El servicio de mantenimiento y recarga anual de extintores consistió en un examen completo de cada extintor evaluando cualquier daño físico o condición que evite su normal funcionamiento con el fin de dar seguridad y que los extintores operen eficientemente; además la verificación de los cartuchos y cilindros que contiene el agente expulsor o gas expelente nitrógeno o dióxido de carbono no hayan sufrido pérdida de presión o descarga por razones climáticas o terceros.

Resultado de la inspección, mantenimiento y recarga se dejó operativos los extintores para ser utilizados para ser utilizado en caso de un conato de incendio, fecha de vencimiento (julio 2024).

PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL.

El Plan Estratégico de Seguridad Vial fue elaborado con el fin de que la **E.S.E. DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO**, transforme su cultura vial, enfatizando en el conocimiento y cumplimiento voluntario de las normas de tránsito, el aumento de la percepción del riesgo al transitar y la corresponsabilidad al promover un uso solidario y responsable del espacio público, a través de la conciencia con inteligencia vial. Este Plan Estratégico de Seguridad Vial se ha adecuado a lo establecido dentro del Plan Nacional de Seguridad Vial 2022 -2031, teniendo en cuenta las características de la ESE y en concordancia con el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad del Trabajo implementado en la institución.

Evaluación del Riesgo

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 100 de 245

Riesgo Vial	Conductor de Vehículo	Acción de Mejora
Intensidad del tráfico	4,8%	Mantener estándares de seguridad vial
Condiciones climatológicas	2,4%	Mantener estándares de seguridad vial
Tipo de vehículo o sus características	2,4%	Mantener estándares de seguridad vial
Estado del vehículo	31,0%	Revisión constante del estado físico del vehículo. Ejecución constante de los mantenimientos preventivos e inmediatos de los correctivos
Su propia conducción	0%	Mantener estándares de seguridad vial
Estado de la infraestructura / vía	38,1%	Conocimiento de los factores de riesgo que se encuentran en la vía. Desarrollo de la cultura de la prevención en el tráfico.
Su estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, etc.)	14,3%	Mantener estándares de seguridad vial
Falta de información o formación en seguridad vial	2,4%	Conocimiento de los factores de riesgo
Otros conductores	4,8%	Mantener estándares de seguridad vial

Nivel de Riesgo	
Alto	
Medio	
Bajo	

5.2.5. Flota de Vehículos

Actualmente la ESE Moreno y Clavijo cuenta con el siguiente parte automotor para el cumplimiento de las actividades propias de la empresa

Item	Marca	Clase	Modelo	Placa	Ubicación
1	Toyota	TAB	2006	OZC867	Hospital San Antonio De Tame
2	Toyota	TAB	2005	OZC834	Hospital San Ricardo Pampuri
3	Toyota	PYP	2008	OZC903	Hospital San Juan De Dios Rondón
4	Chevrolet	Móvil	2006	OZC866	Hospital San Lorenzo De Arauquita
5	Toyota	PYP	2008	OZC905	Hospital San Lorenzo De Arauquita
6	Toyota	PYP	2008	OZC904	Hospital San Ricardo Pampuri
7	Toyota	TAB	2007	OZC893	Centro De Salud Panamá
8	Toyota	TAB	2007	OZC890	Hospital San Juan De Dios Rondón
9	Chevrolet	TAB	2007	OZC880	Hospital San Francisco De Fortul
10	Toyota	Móvil	2007	OZC891	Hospital San Francisco De Fortul
11	Toyota	TAB	2007	OZC892	Hospital San Antonio De Tame
12	Toyota	TAB	2005	OZC835	Hospital San Antonio De Tame
13	Chevrolet	TAB	2007	OZC879	Hospital San Antonio De Tame
14	Chevrolet	Móvil	2015	OEU847	Hospital San Antonio De Tame
15	Chevrolet	TAB	2013	OYX014	Hospital San Antonio De Tame
16	Chevrolet	TAB	2013	OYX015	Hospital San Lorenzo De Arauquita
17	Chevrolet	TAB	2013	OYX016	Hospital San Francisco De Fortul
18	Toyota	TAB	2013	OYX013	Hospital San Juan De Dios Rondón
19	Toyota	TAB	2013	OYX018	Hospital San José De Cravo Norte
20	Toyota	TAB	2013	ODS689	Hospital San José De Cravo Norte
21	Toyota	TAB	2013	ODS688	Hospital San Ricardo Pampuri
22	Toyota	TAB	2015	OEU828	Hospital San José De Cravo Norte
23	Toyota	TAB	2015	OEU846	Hospital San Antonio De Tame
24	Toyota	TAB	2015	OEU843	Hospital San Ricardo Pampuri
25	Toyota	TAB	2015	OEU845	Centro De Salud Pto Jordán
26	Renault	BUSETA	2021	OK2363	Sede Administrativa

Socialización e informe de ejecución del plan estratégico de seguridad vial.
Presentación PESV.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 101 de 245



Otras Actividades Desarrolladas

Durante el segundo trimestre de 2023 se desarrollaron las siguientes actividades en el área de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SST).

- Se llevo a cabo la actualización en la afiliación de los trabajadores de la empresa aseguradora de riesgos laborales ARL SURA.
- Se realiza el ingreso y retiro de afiliación del personal termino fijo y ops en la plataforma de ARL SURA.
- Se realiza el ingreso y retiro de los funcionarios del servicio social obligatorio en la plataforma de la aseguradora de riesgos laborales SURA.
- Se continúa con el proceso de implementación y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con la revisión de la documentación actual.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 102 de 245

- Se realizan las investigaciones de los accidentes laborales que se presentaron durante el segundo trimestre de 2023.
- Se realiza inspección y acompañamiento a actividades de Asesoría en protección radiológica, riesgos biológicos y riesgos ergonómicos realizada por el proveedor de servicios adscrito a SURA.
- Se elabora el Plan de Trabajo del Subproceso Seguridad y Salud en el Trabajo, correspondiente a la vigencia, siendo aprobado por Resolución 305 del 2022 e inicio de ejecución el 01 de enero 2023.

3. GESTIÓN AFILIACIONES URL

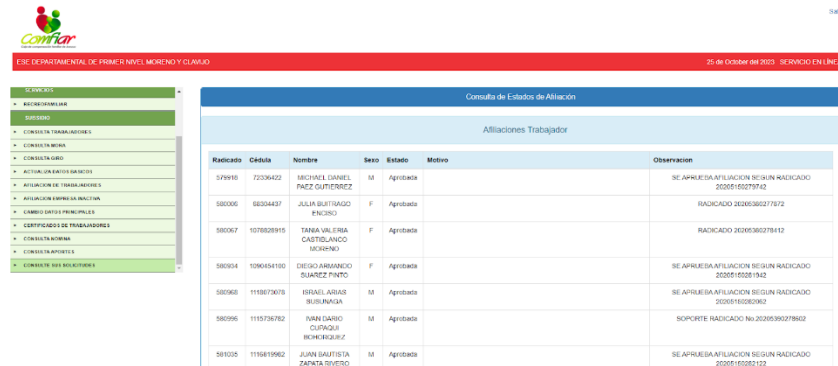
De acuerdo a la resolución 0881 de 2021, la cual reglamenta la vinculación de los trabajadores, y se adoptan todas las obligaciones del sistema general de riesgos laborales.

- Dependientes: 286
- Independientes: 450


Total: 736

GESTIÓN AFILIACIONES CAJA DE COMPENSACION

En el tercer trimestre de 2023, el sistema de gestión de seguridad y salud el trabajo continua ejercicio de afiliación, vigilancia y control de los parafiscales del subsidio familiar proceso que permite garantizar que los trabajadores administrativos y misionales reciban el beneficio del sistema del subsidio familia.



Radicado	Cédula	Nombre	Sexo	Estado	Motivo	Observación
579116	72504422	MICHAEL DANIEL PAEZ CORTESBEEZ	M	Aprobada		SE APRUEBA AFILIACION SEGUN RADICADO 20256152273742
580006	68354437	JULIA BUITRAGO BACINO	F	Aprobada		RADICADO DEDE0380277872
580077	1078828915	TERESA VALERIA CASTELLANCO BICKERHO	F	Aprobada		RADICADO 20256380278412
580054	108045110	DEIGO ARMANDO SUAREZ PINO	F	Aprobada		SE APRUEBA AFILIACION SEGUN RADICADO 20256152281942
580068	1118817076	ERISSEL ARIAS BURBANQA	M	Aprobada		SE APRUEBA AFILIACION SEGUN RADICADO 20256152282062
580096	1115736782	IVAN DARIO CLAYDON BONES RIVERA	M	Aprobada		SOPORTE RADICADO No.20256390278802
581025	1119819682	JUAN BAUTISTA ZAPATA RIVERO	M	Aprobada		SE APRUEBA AFILIACION SEGUN RADICADO 20256152282112

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 103 de 245

GESTION EXAMENES DE INGRESO Y EGRESO

Como supervisor en el cumplimiento en la prestación del servicio profesionales de medicina especializada en salud ocupacional para realizar las evaluaciones medicas preocupaciones o de preingreso, evaluaciones periódicas programadas, evaluaciones pos-incapacidad o por reintegro, evaluaciones pos-ocupacionales o de egreso y análisis de puestos de trabajo para el personal vinculado a la ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo.

MES	DESCRIPCION	CANTIDADES
JULIO	exámenes médicos ocupaciones de ingreso	8
	exámenes médicos ocupaciones de egreso	7
	exámenes Ocupacionales de valoración periódicas programadas	9

MES	DESCRIPCION	CANTIDADES
AGOSTO	exámenes médicos ocupaciones de ingreso	10
	exámenes médicos ocupaciones de egreso	5
	exámenes Ocupacionales de valoración periódicas programadas	215

MES	DESCRIPCION	CANTIDADES
SEPTIEMBRE	exámenes médicos ocupaciones de ingreso	6
	exámenes médicos ocupaciones de egreso	2
	exámenes Ocupacionales de valoración periódicas programadas	41

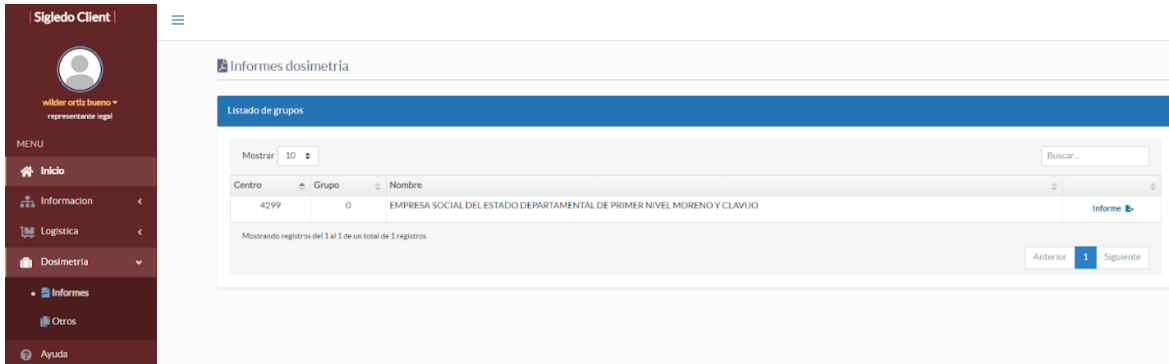
GESTION DOTACION PERSONAL

Durante la vigencia 2023 el área de Seguridad y salud en el trabajo realizo la gestión en la distribución inicial del presupuesto, para la segunda entrega mes de julio se inició la revisión de los posibles beneficiarios de dotación del personal de planta y se determina la cantidad de funcionarios con derecho a esta prestación social. A continuación, se relaciona los funcionarios beneficiados de dotación en la red hospitalaria adscrito a la **ESE MORENO Y CLAVIJO**.

CARGO	CANTIDAD
AUXILIAR DE ENFERMERIA (MUJER)	173
AUXILIAR DE ENFERMERIA (HOMBRE)	35
CAJERO FACTURADOR	12
CAJERA FACTURADOR	37
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	29
PORTERO	1

GESTION DOCIMETRIA

De acuerdo al servicio prestado y previo cumplimiento en la entrega de los dosímetros mes a mes se certifica en el informe de lectura de dosimetría.




 NIT 800.162.425-3 Lic. Min de Minas y Energía RL-006
 Cra 14 No. 87-60
 Teles. (133)99591 - (112)368554
 E-mail info@radproct.com

RADPROCT SAS


No. Centro	4299-0	Fecha Recibo Dosimetría	11/09/2023
Nit Entidad	900034131-8	Fecha Ingreso Lectura	15/09/2023
Municipio/Ciudad	Tame		
Contacto	Wilder Ortiz Bueno	Vo.Bo. / Firma del Responsable del Reporte	Uriel Chica Villegas
Cargo	Representante Legal		

REPORTE DE DOSIMETRIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

Codigo	Nombres y Apellidos	Genero	Ocupacion	Identificacion	Fecha de Ingreso al Servicio	Periodo de Uso		Periodo Recambio	Ubicacion del dosimetro	Dosis del Periodo (mSv)				Dosis Acumulada del año (mSv)				Dosis Acumulada desde Ingreso al Servicio (mSv)				Notas		
						Primer dia	Ultimo dia			Neutro	Profun.	Ojo	Super.	Neutro	Profun.	Ojo	Super.	Neutro	Profun.	Ojo	Super.			
51169	Control C	Masculino	Rayos X	1	01/05/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso		ND	ND	ND	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51710	Gina Alexandra Vera	Femenino	Rayos X	1005369957	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso		ND	ND	ND	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51716	Lina Paola Mora Caceres	Femenino	Rayos X	1007760378	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	NP	NP	NP	NP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51445	Sergio Fabian Hidalgo Parales	Masculino	Rayos X	1013648913	15/05/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso		ND	ND	ND	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51713	Janine Alejandra Cancinencia Oliva	Femenino	Rayos X	1085331717	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	NP	NP	NP	NP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51714	Jhonatan Steven Gallo Pena	Masculino	Rayos X	1094248491	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	PPL	PPL	PPL	PPL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51723	Angie Tatiana Sanabria	Femenino	Rayos X	1095830478	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	PPL	PPL	PPL	PPL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51715	Daniel Eduardo Parra Acuna	Masculino	Rayos X	1098721881	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	PPL	PPL	PPL	PPL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51712	Sandra Liliana Aiza Sepulveda	Femenino	Rayos X	1110494164	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	NP	NP	NP	NP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51179	Andres Felipe Collazos Calvo	Masculino	Rayos X	1116503255	02/05/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	PPL	PPL	PPL	PPL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51175	Jose Luis Gomez	Masculino	Rayos X	1116793634	01/05/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	PPL	PPL	PPL	PPL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51696	Monica Isamar Acosta Lara	Femenino	Rayos X	1121860370	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso		ND	ND	ND	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51172	Idaly Torres Villareal	Femenino	Rayos X	30020524	01/05/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso		ND	ND	ND	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51711	Ana Milena Solano Galvis	Femenino	Rayos X	3729688	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	NP	NP	NP	NP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51692	Mastly Alexandra Gomez Pulido	Masculino	Rayos X	68248876	02/06/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso		ND	ND	ND	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51170	Wilson Fernando Rojas Garcia	Masculino	Rayos X	79525339	01/05/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	PPL	PPL	PPL	PPL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51173	Jhon Jairo Collazos Alvarez	Masculino	Rayos X	91444734	01/05/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso		ND	ND	ND	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1
51174	Rafael Antonio Manosalva Guzman	Masculino	Rayos X	96194906	01/05/2023	01/07/2023	31/07/2023	M	Torso	NP	NP	NP	NP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1

GESTION PENSION

En cumplimiento de uno de los objetivos previstos en el proceso de acompañamiento al personal de la red hospitalaria, se recopilaban, se modificaron y actualizaron en la base de datos la información del personal que labora en la empresa información suministrada con cada director de los hospitales y centros de salud, información de aquellos colaboradores

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01 Página 105 de 245	

que se encuentren cercanos para acceder a pensión, hombres desde los 62 años y mujeres con 57 o más, 1300 semanas cotizadas (aproximadamente 26 años).

PERSONAL PROCESO PRE- PENSIONAL ESE MORENO Y CLAVIJO


TIPO DE IDENTIFICACION	N° DOCUMENTO	NOMBRE	APellidos	GEBIRO	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE CONTRATO	CARGO	EDAD	MUNICIPIO	FONDO DE PENSION		
CC	24.243.134	MARIA	DEL CARMEN	CARRILLO	PEREZ	F	28/04/1960	FIJO	VACUNADOR URBANO	63	ARAUQUITA	PORVENIR
CC	23.791.255	DORLENE		ORUZ	ORTEGA	F	16/07/1967	FIJO	ENFERMERA	56	ARAUQUITA	PORVENIR
CC	24.245.860	SOBEIDA		ROY	MINA	F	31/03/1966	FIJO	SERVICIOS GENERALES	57	ARAUQUITA	PORVENIR
CC	40.511.290	LUZ	MARINA	LOZANO	SALAMNCA	F	10/09/1958	FIJO	ENFERMERA	65	ARAUQUITA	PORVENIR
CC	68.251.029	ARACELY		TORRES	ROMERO	F	11/09/1959	FIJO	SERVICIOS GENERALES	64	ARAUQUITA	PORVENIR
CC	24.245.584	MARITHA	CECILIA	TRUJILLO	URBINA	F	7/10/1967	FIJO	ENFERMERA	56	ARAUQUITA	PORVENIR
CC	17.583.885	EL GUER	ERNESTO	QUEDA	FLOREZ	M	5/01/1962	FIJO	ENFERMERA	61	CRAVO NORTE	PORVENIR
CC	17.582.399	JOSE	HUMBERTO	NEVES		M	8/01/1959	FIJO	PORTERO	64	CRAVO NORTE	COLPENSIONES
CC	22.121.443	LUCY	ELVIRA	NEIRA	PERA	F	10/04/1963	FIJO	SERVICIOS GENERALES	60	RONDON	COLPENSIONES
CC	91213290	Ethain	Ethelise	Colmenare	Nirgias	M	28/04/1961	FIJO	MEDICO	62	TAME	PORVENIR
CC	74790261	osa	antonio	sap-abia	giferas	M	18/05/1960	FIJO	UXILAR SIGPRO	61	TAME	PORVENIR
CC	37929249	ALIX	MARIA	CHINCHILLA	GONZALEZ	F	18/01/1964	FIJO	SERVICIOS GENERALES	59	TAME	INDENIZACION
CC	24.246.120	CLARA	ADE	LOPEZ		F	12/08/1965	FIJO	SERVICIOS GENERALES	58	PANAMA	PORVENIR
CC	17.528.973	OSWALDO		MARTINEZ	MORALES	M	19/05/1964	FIJO	ENFERMERA	59	FORTUL	COLPENSIONES
CC	68.248.123	SILMA		MENDOZA	IRENAB	F	16/07/1962	FIJO	ENFERMERA	61	FORTUL	COLPENSIONES
CC	68.246.042	ANA	DEL CARMEN	LEAL		F	19/60	FIJO	ENFERMERA	61	PAMPURI	COLPENSIONES
CC	68.300.053	DALSA	RUTH	MILATO	APRECHEA	F	23/06/1962	FIJO	ENFERMERA	61	TAME	COLPENSIONES
CC	20.622.796	MERCEDES		RODRIGUEZ	MORALES	F	28/09/1959	FIJO	ENFERMERA	64	TAME	COLPENSIONES
CC	17.547.351	VICTOR	SALU	ALMENARES	ALVARADO	M	25/01/1959	FIJO	ENFERMERA	64	TAME	COLPENSIONES
CC	24.249.786	ESPERANZA		OSORO	BUSTOS	F	17/10/1960	FIJO	ENFERMERA	60	TAME	COLPENSIONES

TIPO DE IDENTIFICACION	N° DOCUMENTO	NOMBRE	APellidos	GEBIRO	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE CONTRATO	CARGO	EDAD	MUNICIPIO	FONDO DE PENSION		
CC	21.180.521	HILDA	CECILIA	ACUÑA	CHISCO	F	5/07/1962	OPS	JEFE ENFERMERA	61	FORTUL	COLPENSIONES
CC	51.752.518	BLANCA	LEON OR	SILVA	PAREDES	F	15/04/1962	OPS	ENFERMERA	61	FORTUL	COLPENSIONES
CC	91.343.333	OLINTO		CHAPARRO	DELGADO	M	23/06/1966	OPS	PORTERO	57	PAMPURI	COLPENSIONES
CC	68.300.429	LUZ	MARINA	ROMERO	ROA	F	17/11/1965	OPS	ARCHIVO	58	TAME	COLPENSIONES
CC	24.243.483	ESMERALDA		OSORO	BUSTOS	F		OPS	JEFE ENFERMERA	64	TAME	COLPENSIONES
CC	60.312.933	ANA	MERCEDES	MOJICA	ISAQUITA	F	1963	OPS	JEFE ENFERMERA	60	TAME	COLPENSIONES
CC	68.300.009	MILKA	YILBETH	ATELUA	MEDINA	F	13/05/1963	OPS	HIGIENISTA ORAL	60	TAME	COLPENSIONES
CC	68.300.643	SANDRA	PATRICIA	SARMENTO	SANCHEZ	F	16/06/1966	OPS	HIGIENISTA ORAL	57	TAME	COLPENSIONES
CC	9.465.180	PEDRO	LUIS	MENDEZ	CARRERO	M	4/09/1947	OPS	PORTERO	76	TAME	INDENIZACION
CC	24.249.633	MARIA	RUSDEV	REUTO	REUTO	F	17/03/1960	OPS	ADMINISTRATIVO	63	TAME	PENSIONADA
CC	19.319.304	JULIO	ORLANDO	ESPINOSA	RODRIGUEZ	M	12/07/1958	OPS	FISIOTERAPEUTA	65	TAME	INDENIZACION
CC	68.287.836	CARMEN	RAMONA	SANTANA	NAVARRO	F	23/11/1966	OPS	ADMINISTRATIVO	57	CENTRAL	PORVENIR
CC	74.750.261	JOSE	ANTONIO	SANABRIA	PRIERO	M	18/05/1960	OPS	PORTERO	64	TAME	PORVENIR
CC	26.452.550	CLARA	CECILIA	OSORO	DE OSORIO	F	23/08/1957	OPS	ADMINISTRATIVO	66	CENTRAL	PENSIONADA

MUNICIPIO	TIPO DE CONTRATO	TOTAL
ARAUQUITA	FIJO	6
CRAVO NORTE	FIJO	2
FORTUL	FIJO	2
PAMPURI	FIJO	1
RONDON	FIJO	1
TAME	FIJO	7
MUNICIPIO	TIPO DE CONTRATO	TOTAL
CENTRAL	OPS	2
FORTUL	OPS	2
PAMPURI	OPS	1
TAME	OPS	9

4. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las falencias que se presentan en cuanto a Riesgos Laborales en cada una de las sedes de la ESE Moreno y Clavijo y con el fin de fortalecer el Sistema de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) se recomienda:

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 106 de 245


- Comprometer a jefes o líderes de áreas para que promuevan el cumplimiento de normas de Bioseguridad, uso obligatorio de los elementos de protección personal EPP, utilizar adecuadamente el botiquín de primeros auxilios y realicen talleres de sensibilización que permiten fortalecer la cultura de prevención y auto cuidado por parte de los funcionarios.
- Encargar formalmente un funcionario de cada Hospital y Centro de salud para que se realicen las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, pausas activas y demás funciones correspondientes a esta área.
- Dotaciones continuas y eficientes de elementos de protección personal para los funcionarios asistenciales de todas las sedes de la ESE Moreno y Clavijo.
- Realizar convenios con Instituciones educativas, SENA, Universidades, etc. Para que los estudiantes de Seguridad y Salud en el Trabajo realicen las prácticas en los hospitales y sedes de la ESE Moreno y Clavijo como apoyo a los funcionarios que coordinan esta área.

2.9 SUBPROCESO GESTION AMBIENTAL.

1. DESARROLLO.

El correcto funcionamiento del área ambiental dentro de cada hospital depende del aprovisionamiento de insumos necesarios para la realización de las actividades de limpieza y desinfección de la infraestructura y a su vez la recolección interna y externa de los residuos hospitalarios producidos. Por ende, como función primordial del área se realizan los estudios previos de conveniencia y oportunidad para generar la necesidad de la contratación de una empresa que nos garantice la recolección y la disposición final de los residuos, como también la adquisición de los insumos para la realización de las actividades diarias de limpieza, adicionalmente se verifica toda la documentación técnica y legal correspondiente para la elección de las ofertas óptimas para la contratación.

Se les solicitó a los Hospitales y Centros de Salud por medio de correo electrónico el envío de las actas del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, así como, el formato RH1 en soporte digital (Excel). Con el fin de mantener al día la información soporte para elaborar los respectivos informes de gestión. A través del análisis de los formatos RH1 diligenciados en cada sede hospitalaria se logra establecer las cantidades y los tipos de residuos producidos, con esta información se procede a determinar los indicadores de destinación de los residuos hospitalarios los cuales son necesarios para la presentación del informe

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 107 de 245

anual de indicadores de manejo de residuos entregado la unidad administrativa especial de salud de Arauca (UAESA), a su vez dicha información se utiliza como referencia para supervisar las cantidades cobradas por la empresa recolectora al momento de enviar las facturas de cobro conjunto con el manifiesto de recolección y transporte de los residuos. Se diligencian las actas de supervisión y cumplimiento y se envían a los hospitales para su firma con la que se garantiza que la cantidad de residuos cobrados efectivamente es la misma que los residuos recolectados. Al momento de contar con toda la documentación y requisitos legales se procede a iniciar el trámite de la cuenta para la realización de los pagos por la prestación del servicio. Como constancia del manejo correcto y disposición final de los residuos reposan como archivo las actas de disposición final de los residuos.

Mediante la ejecución del programa de capacitación se logra que los funcionarios conozcan los procesos en los que intervienen directamente y adquieran una responsabilidad ambiental sobre la separación correcta de los residuos y el uso eficiente del agua y la energía.


Desde el área ambiental se realiza la actualización del plan de gestión integral de residuos con el fin de tener los procedimientos claros y vigentes en lo que respecta al manejo de los residuos sólidos hospitalarios producidos por la red hospitalaria adscrita a la ESE Moreno y Clavijo, pues de allí parte la eficacia de las actividades a realizar.

El Subproceso Gestión Ambiental en conjunto con el Subproceso de Recursos Físicos y Almacén realizaron los respectivos despachos de las necesidades reportadas por los hospitales y centros de salud adscritos a la entidad, con relación a los insumos necesarios para el buen desarrollo de la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS).

Finalmente, para este periodo se realizaron los respectivos acompañamientos en las visitas de habilitación e inspección vigilancia y control sanitario realizadas por parte de la unidad administrativa especial de salud de Arauca (UAESA) a las sedes hospitalarias según cronograma interno de la UAESA.

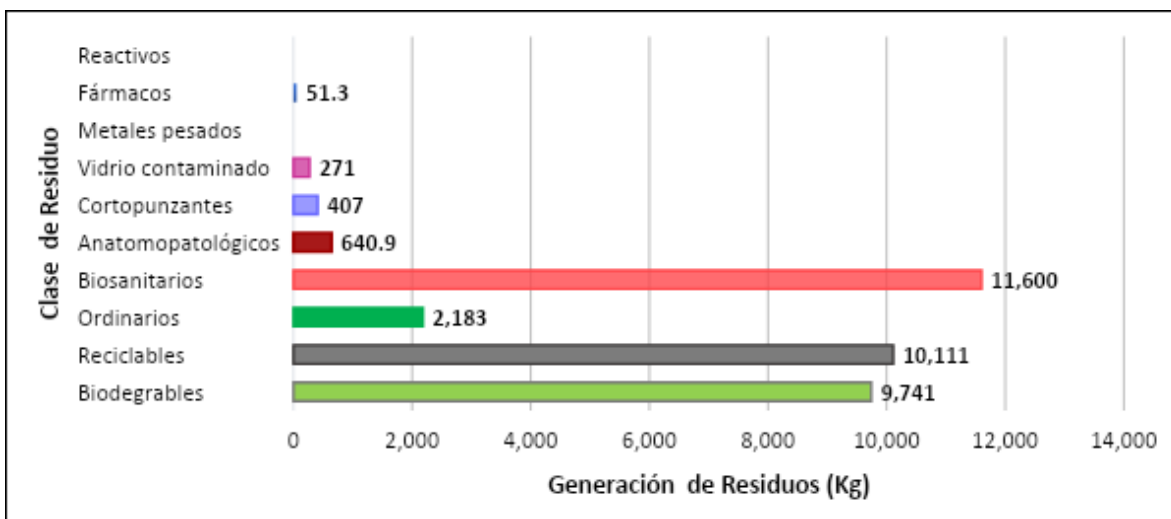
RESULTADOS

Tabla 1. Cantidad de residuos hospitalarios y similares generados por cada uno de los hospitales durante el trimestre.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 108 de 245

HOSPITALES Y/O CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO	Residuos No Peligrosos	Residuos Peligrosos
Hospital San Lorenzo de Arauquita	3.429	2.824
Hospital San Antonio de Tame	3.422	2.990
Hospital San Francisco de Fortul	7.492	4.176
Hospital San Ricardo Pampuri de La Esmeralda	2.535	633,5
Hospital San Juan De Dios de Puerto Rondón	1.576	735,2
Hospital San José de Cravo Norte	706	333,1
Centro de Salud de Puerto Jordán	2.331	865
Centro de Salud de Panamá de Arauca	544	416
TOTAL, RESIDUOS (Kg)	22.035	12.971,9

Gráfico 2. Cantidad residuos producidos en la red hospitalaria según su clase.



2. INDICADORES DE DESTINACIÓN.

INDICADORES DE DESTINACIÓN PARA INCINERACIÓN.

Este método consiste en la combustión de los residuos hospitalarios peligrosos (anatomopatológicos, cortopunzantes, medicamentos vencidos o deteriorados) hasta su

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 109 de 245

conversión en cenizas; con el fin de eliminar los riesgos asociados con esta clase de residuos infecciosos.

$$Idd = RdRT \times 100$$

$$IDD = 11.600 \text{ kg III trimestre año 2023} / 35006.9 \text{ kg III trimestre año 2023} \times 100$$

$$Idd = 33.14 \%$$

Donde:

ID_i: Indicador de destinación para incineración.

RI: Cantidad de residuos incinerados (Kg/ III trimestre de 2023)

RT: Cantidad total de residuos producidos por la ESE Departamental Moreno y Clavijo (Kg/ III trimestre de 2023)

2. INDICADORES DE DESTINACIÓN PARA RELLENO SANITARIO.

Los residuos cuya disposición final es el relleno sanitario, son entregados a la empresa que presta el servicio de recolección a nivel local en cada uno de los municipios donde se encuentran los hospitales y centros de salud adscritos a la E.S.E Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo.

$$IDRS = RRsRT \times 100$$

$$IDRS = 11.924 \text{ kg III trimestre año 2023} / 35006.9 \text{ kg III trimestre año 2023} \times 100$$


$$IDRS = 34.06 \%$$

Donde:

ID_{RS}: Indicador de destinación para relleno sanitario.

RRS: Cantidad de residuos dispuestos en relleno sanitario (Kg/ III trimestre de 2023)

RT: Cantidad total de residuos producidos por la ESE Departamental Moreno y Clavijo (Kg/ III trimestre de 2023).

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 110 de 245

3. INDICADORES ESTADÍSTICOS DE ACCIDENTALIDAD.

1. INDICADOR DE INCIDENCIA

Es el número de accidentes laborales reportados por riesgo biológico en el tercer trimestre de 2023 con relación al total de trabajadores contratados para el mismo periodo:

$II = \# \text{ de Accidentes por riesgo biológico reportados en el III trimestre año 2023} \# \text{ de personas contratadas en la red hospitalaria en el III trimestre año 2023} \times 100$

$II = 4 \text{ accidentes por riesgo biológico} / 750 \text{ personas contratadas en el III trimestre año 2023} \times 100$

$II = 0.53 \%$

Conclusiones

Es importante entender que cada funcionario tiene un papel dentro de todo el proceso del manejo de residuos, la base fundamental de dichas actividades inicia al momento de la separación de los residuos por lo que el compromiso y sentido de pertenencia de cada uno como parte de esta empresa juega un papel muy grande en el éxito del proceso.


El proceso es sinérgico, es decir, que cada nueva etapa y su eficacia dependen de la fase inmediatamente anterior, por eso es muy propenso a inferir en errores que alteran totalmente el desarrollo esperado al finalizar las actividades.

2.10 SUBPROCESO GESTIÓN SISTEMAS Y COMUNICACIONES.

1. DESARROLLO.

Realización de mantenimientos preventivos

Planeado (Plan de Mantenimiento Preventivo)	Ejecutado	% Alcanzado	Observación
68	68	100,00	Cumple

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 111 de 245

Realización Copias de Seguridad Computadores

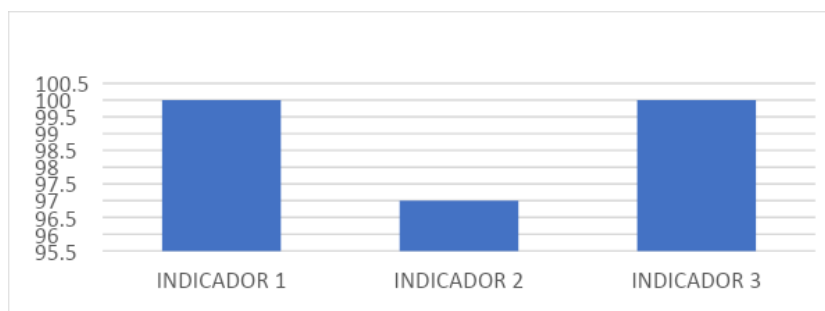
Planeado (Plan de Mantenimiento Preventivo)	Ejecutado	% Alcanzado	Observación
68	66	97,00	Cumple

Realización Copias de Seguridad Correos Electrónicos

Plataforma CTA Mail	Ejecutado	% Alcanzado	Observación
100	100	100,00	Cumple

2. RESULTADOS.

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
INDICADOR 1	100
INDICADOR 2	97
INDICADOR 3	100



Conclusiones

La oficina de Sistemas y Tecnologías de la Sede administrativa ha realizado las actividades programadas para el periodo reportado lo que ha permitido la continuidad del servicio soportado en el componente informático, garantizado de esta manera a nuestros usuarios internos la realización de sus actividades diarias.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 112 de 245

Es de aclarar que las actividades realizadas se evalúan en periodos cuatrimestrales por tal razón los datos aportados corresponden al segundo cuatrimestre de la vigencia.

2.11 PROCESO RECURSOS FISICOS.


1. DESARROLLO.

El área de recursos físicos dentro del desarrollo de sus actividades en el segundo trimestre se elaboran estudios de mercado (revisando cotizaciones de oferentes con sus respectivos soportes), de los cuales se hicieron de servicios (pic-papsivi), tóner, insumos de aseo y papelería; se hicieron certificaciones de precios de acuerdo a los estudios de conveniencia y oportunidad, entradas de insumos y/o equipos, salidas a las diferentes sedes; así mismo se realiza registro en el software 360 de las entradas y salidas de insumos de consumo; en este periodo todos los 20 de cada mes se reciben las necesidades de los diferentes hospitales y centros de salud, a medida que llega la solicitud de necesidad de insumos se inicia con el despacho desde el área de almacén, donde se soporta mediante formato GAL-FO-009 firmado por quien entrega, quien lo transporta y por el director que recibe. Se deja actualizado a 30 de junio el software 360 en cuanto a entradas y salidas registradas durante el periodo. Los insumos que se despachan son de laboratorio, odontología, papelería, aseo, sistemas y comunicaciones (tintas y tóner), medicamentos, medico quirúrgicos, material de archivo, insumos de pghris, licencias de software, material de ferretería. Se evidencia errores que son derivados del software y se reportan al ing. de sistemas de la sede central, algunos se comentan a los proveedores de dicho programa que apoyen a solucionar.

Cada vez que se reciben insumos en la bodega se realiza la revisión, comparado con la descripción en el contrato para verificar las características, forma, presentación, marca y/o estado de cada uno de los insumos que fueron contratados, logrando el 100% de oportunidad y calidad en la entrega de parte de cada uno de los proveedores. Si no cumple con las características antes mencionadas se hace devolución al proveedor o el no recibimiento, como aquellos que son de cadena de frio y llegan a la institución por debajo de la temperatura mínima requerida para mantener el insumo en perfectas condiciones.

Se presenta un cronograma de trabajo para iniciar los mantenimientos programados, en cada una de los distintos Hospitales y centros de Salud adscritos a la **E.S.E Moreno y Clavijo**, programando visitas semestrales, para desarrollar las siguientes labores:

- Implementación de un sistema ordenado para la realización de las hojas de vida de cada uno de los equipos biomédicos existentes en cada hospital y Centro de Salud adscrito a la **ESE Moreno y Clavijo**.
- Ficha técnica y/o reporte de cada equipo biomédico a cuál se le ha de realizar mantenimiento preventivo o correctivo.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 113 de 245

- Mantenimiento correctivo y preventivo a los equipos incluidos en el contrato 004-0003 de 2023.
- Inventario actualizado de los equipos biomédicos de los diferentes hospitales y centros de salud adscritos a la **E.S.E MORENO Y CLAVIJO**.

Estas visitas técnicas se han realizado a cabo de la siguiente manera en los distintos Hospitales y Centros de Salud adscritos a la ESE Moreno y Clavijo, Desarrollando los mantenimientos correctivos y preventivos dentro de lo establecido en las normas fijadas por los fabricantes, estableciendo un orden de visitas en las distintas áreas de servicios en cada uno de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la E.S.E Moreno y Clavijo expuestas anteriormente, en ellos se implementó la orden de servicios técnicos, más conocido como "REPORTE TÉCNICO". Este reporte lo garantiza los distintos Jefes de las áreas de servicios de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la E.S.E Moreno y Clavijo, son quienes les dan el visto bueno al funcionamiento de los mantenimientos realizados, y a la vez le certifica a la institución el buen desempeño de los equipos biomédicos; además es el soporte de información para el trámite de sistematización de los trabajos realizados para cada equipo, logrando manejar un historial en su vida útil y fortaleciendo el cumplimiento exigido por el ente de control, como es la superintendencia de salud. (Circular 029 marzo 13 de 1997).

Se puede concluir que a la fecha la empresa **CONSTRUCTORA, PROVEEDORA Y CONSULTORA DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS S.A.S “EMCOPROYECT”**, ha realizado el 100 % del total de mantenimientos preventivos y correctivos estipulados en el contrato para la visita a los equipos con tecnología biomédica existentes en los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la E.S.E. Moreno y Clavijo, correspondiente a la visita programada en el plan de mantenimiento programado para la vigencia de este contrato.

Las actividades realizadas se llevaron a cabo sin mayores complicaciones en su desarrollo y sus equipos quedaron funcionando correctamente según protocolos de fabricante.

(ANEXO 1) CRONOGRAMA MANTENIMIENTO EQUIPOS BIOMEDICOS.
(ANEXO 2) CRONOGRAMA CALIBRACION EQUIPOS BIOMEDICOS

Durante el tercer trimestre de la vigencia 2023, se lleva a cabo los respectivos seguimientos al cumplimiento de los planes de mantenimiento hospitalario, aprobado para cada una de las infraestructuras adscritas a la ESE Moreno y Clavijo.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 114 de 245

2.12 FORMULAR PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA SEGÚN NECESIDADES PRESENTADAS POR LAS UNIDADES ASISTENCIALES.

1. PROYECTOS EN FORMULACIÓN.

- **Mejoramiento y adecuación de la infraestructura física del hospital san francisco de Fortul, departamento de Arauca.**

La necesidad de este proyecto, parte cuando la entidad realiza el análisis del estado de la infraestructura del Hospital San Francisco de Fortul, donde se evidencia gran deterioro en la cubierta y por ende humedades en las áreas internas. Lo anterior debido al cumplido la vida útil de varios elementos que constituyen la infraestructura.


Es así que se propone la adecuación de la red pluvial y la adecuación de la infraestructura física, cambio de la cubierta de las áreas hospitalización, consulta externa, terapia física y respiratoria y demás áreas que necesiten de sostenimiento. Esto con el fin de garantizar el acceso a la salud, siendo este un derecho fundamental para los habitantes del país en especial para la población del departamento de Arauca, municipio de Fortul, área urbana y rural; con su desarrollo el hospital busca fortalecer la calidad de la prestación de los servicios de salud especialmente los de baja complejidad.

- El día 14 de agosto del presente año, se radica ante la UAESA mediante correo electrónico el proyecto con un valor de \$4.455.430.322,00 para su respectiva revisión y remisión al Ministerio de Salud y Protección Social.

El día 12 de septiembre en las instalaciones del MSPS, se revisa con el ingeniero eléctrico de esta entidad las instalaciones eléctricas del proyecto con objeto "MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA". De allí surgen una serie de observaciones en cuanto a los planos presentados y presupuestos de obra del capítulo INSTALACIONES ELECTRICAS.

El día 13 de septiembre, se realiza mesa técnica virtual con el MSPS e ingeniero eléctrico que se encuentra apoyando a la ESE Moreno y Clavijo, en los diseños eléctricos del proyecto con objeto "MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA". Lo anterior, para recibir las observaciones evidenciadas por parte del ingeniero del MSPS, para entrar a subsanar en el menor tiempo posible.


El día 25 de septiembre, se realiza mesa técnica virtual con el MSPS, UAESA e ingeniero eléctrico que se encuentra apoyando a la ESE Moreno y Clavijo, para exponer los avances en los ajustes pertinentes de los diseños eléctricos del proyecto con objeto "MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA".

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 115 de 245

- **PROYECTOS DE ADECUACION PARA PUESTOS DE SALUD SEGÚN RESOLUCION 1653 DE 2023 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL:**

Teniendo en cuenta la directriz por parte del Ministerio de Salud y Protección Social según la Resolución 1653 de 2023, durante este trimestre se llevó a cabo la formulación y presentación ante la UAESA los siguientes proyectos:

- ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD LA PESQUERA DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD EL SALEM DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD INDIGENA CUSAY-LA COLORADA DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARACOLE DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD LA VEINTE DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD BETOYES DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD LAS MALVINAS DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD PUERTO MIRANDA DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD ALTO CAUCA DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.
- ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CAMAME DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 116 de 245


3. CONTRATOS EN EJECUCIÓN.

- **Contrato de obra no. 007-0001 de 2023 con objeto “mejoramiento y adecuación de la infraestructura física de las bodegas de la sede administrativa de la E.S.E Moreno y Clavijo en el municipio de Tame, departamento de Arauca”.**

Este proyecto inicio el 17 de marzo de 2023 y tiene como fecha de terminación el 12 de septiembre de 2023, con un porcentaje de ejecución de avance físico es del 100%.

A continuación, se relaciona la información del contrato de obra celebrado entre la ESE Moreno y Clavijo y Construcción Servicios Suministros e Ingeniería S.A.S.

CONTRATO No. 007-0001 de 2023	Celebrado entre la ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO y SERVICIOS Y CONSTRUCCION SERVICIOS SUMINISTROS E INGENIERIA S.A.S
OBJETO DEL CONTRATO:	“MEJORAMIENTO Y ADECUACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LAS BODEGAS DE LA SEDE ADMINISTRATIVA DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO EN EL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA”
CONTRATISTA:	CONSTRUCCION SERVICIOS SUMINISTROS E INGENIERIA S.A.S.
REPRESENTANTE LEGAL:	JHONN FREDY GARCIA BELTRAN
NIT. No:	901016953-2
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 389.208.435,30 (TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS CON TREINTA CENTAVOS)
ADICIONAL DE VALOR:	\$ 49.974.363,09 (CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON NUEVE CENTAVOS MCTE)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 439.182.798,39 (CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS CON TREINTA Y NUEVE CENTAVOS MCTE)
ANTICIPO DEL VALOR INICIAL DEL CONTRATO (40%):	\$ 155.683.374,12 (CIENTO CINCUENTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS CON DOCE CENTAVOS)
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL / VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	No. 0242 DE FECHA 08/03/2023
REGISTRO PRESUPUESTAL / VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	No. 1000 DE FECHA 17/03/2023
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL / ADICIONAL DE VALOR DEL CONTRATO:	No. 583 DE FECHA 30/08/2023

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 117 de 245

REGISTRO PRESUPUESTAL / ADICIONAL DE VALOR DEL CONTRATO:	No. 2814 DE FECHA 05/09/2023
PLAZO CONTRACTUAL:	3 MES
FECHA INICIO:	17/MARZO/2023
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	16/JUNIO/2023
SUSPENSION No. 1:	06/JUNIO/2023 - (un mes)
PRORROGA A LA SUSPENSION No. 1:	04/JULIO/2023 – (un mes)
REINICIO No. 1:	03/AGOSTO/2023 – (un mes)
OTRO SI No. 1 / MODIFICATORIO DE VALOR	11/AGOSTO/2023 – (un mes)
OTRO SI No. 2 / ADICIONAL DE PLAZO	05/SEPTIEMBRE/2023
FECHA DE TERMINACION:	12/AGOSTO/2023
VALOR TOTAL EJECUTADO:	\$ 439.182.798,39
AVANDE DE EJECUCION:	100%
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO

De acuerdo a las cantidades de obra ejecutadas desde el 17 de marzo al 05 de junio del presente año, se presenta un avance de obra del 79,99%, haciendo falta por ejecutar 20,01% para completar la totalidad de las actividades establecidas en la minuta del contrato de obra.

Dando cumplimiento a la formación del historial digital del proceso de infraestructura, a continuación, se relacionan los documentos que componen cada proyecto, estudio previo, contratos celebrados a la fecha y demás documentos generados desde esta área.

4. RESULTADOS.

Se logra avanzar en la actualización del software 360 en cuanto a entradas y salidas, hasta el mes de septiembre; quedando por actualizar los procedimientos que corresponden al área de almacén, mejorar el ordenamiento de cada paquete (documentación), entregar oportunamente los pedidos con su respectiva relación para firma de cada director que recibe, actualizar el plan anual de adquisiciones con sus respectivos ajustes.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que se han llevado a cabo los mantenimientos preventivos y se ha dado oportunidad a los correctivos, podemos garantizar la prestación de los servicios con tecnología biomédica de calidad.

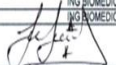
5. ANEXOS.


ANEXO 1: Cronograma Mantenimiento Equipos Biomédicos

M.C. MORENO & CLAVIJO		SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD												GMT-FO - 010																																							
		CRONOGRAMA MANTENIMIENTO EQUIPOS BIOMÉDICOS												Versión 02																																							
														Pág 1 de 1																																							
AÑO:	2023	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
HOSPITAL		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL PUERTO JORDAN																																																					
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE																																																					
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI																																																					
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON																																																					
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA																																																					
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL																																																					
CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA																																																					
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME																																																					

Anexo 2: Cronograma Calibración Equipos Biomédicos

M.C. MORENO & CLAVIJO		SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD												GMT-FO																																							
		CRONOGRAMA DE CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS												Versión 02																																							
														Pág 1 de 1																																							
AÑO:	2023	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
HOSPITAL		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL PUERTO JORDAN																																																					
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE																																																					
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI																																																					
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON																																																					
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA																																																					
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL																																																					
CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA																																																					
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME																																																					

REALIZADO POR:	
NOMBRE:	JOSMAY CARRILLO
CARGO:	ING BIOMEDICO
PROFESIÓN:	ING BIOMEDICO
FIRMA:	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 119 de 245

2.13 SUBPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL.

1. INFORME DE EJECUCIÓN DEL PINAR:

Para este trimestre en cumplimiento de las actividades del PINAR, se realizaron las siguientes actividades:

- Entrega de las unidades de conservación carpetas, cajas, ganchos legajadores a las diferentes dependencias, hospitales y centros de salud.

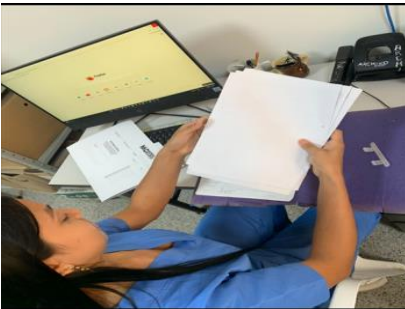
Continuar con la elaboración de los siguientes instrumentos archivísticos:

- Tablas de control de acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos de restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos.
- Bancos terminológicos de tipos series y subseries documentales.
 - Se le ha dado continuidad a la elaboración de los inventarios documentales de la Subgerencia Administrativa y Financiera, donde se la han realizado actividades de clasificación, organización y descripción de las disponibilidades presupuestales y registros presupuestales.
- Se realizaron actividades de clasificación, organización y descripción en el archivo de la oficina de Gerencia de las comunicaciones oficiales, actas de junta directivas y Acuerdos de Junta Directiva.
- Capacitación y sensibilización en temas de consentimiento informados, entrega de las historias clínicas, socialización y diligenciamiento de cada uno de los formados establecidos. Así mismo se realizó visita al archivo central del hospital San Lorenzo de Arauquita, donde se realizaron recomendaciones para la acomodación y actividades de clasificar, organización y describir.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 120 de 245

En el Hospital San Lorenzo de Arauquita, se dejó como compromiso realizar actividades de clasificación, organización y descripción en el inventario documental de historias Clínicas, así como identificar las historias clínicas correspondiente a víctimas de derechos humanos e infracciones a la misión médica.

- Se realizo capacitación y sensibilización al personal de la oficina de estadística del Centro de Salud Juan de Jesús coronel, donde Capacitación y sensibilización en temas de consentimiento informados, entrega de las historias clínicas, socialización y diligenciamiento de cada uno de los formados establecidos.
- Se realizó visita al archivo central del hospital donde ayude en la acomodación del Archivo de Historias Clínicas, así mismo se realizaron compromisos para realizar actividades de clasificación, organización, descripción en inventario documental de historias Clínicas, así como identificar las historias clínicas correspondiente a víctimas de derechos humanos e infracciones a la misión médica.



- Se realizó visita y capacitación al personal de estadística del Hospital San Antonio, con el fin de dar a conocer cada uno de los formatos establecidos como

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 121 de 245


consentimiento informado, entrega de historias clínicas, así como la verificación de cada uno de los depósitos donde reposan las historias clínicas

Se realizó visita, acompañamiento y capacitación a las oficinas de:

- Planeación se le capacito para realizar las actividades de clasificación, organización y descripción del archivo de gestión y central que aún está pendiente por transferencia.
- Tec. Subgerencia administrativa se la hizo acampamiento y revisión a cada uno de los archivos que tiene a su cargo, dándosele indicaciones a la técnica de archivo de ayudar a realizar actividades de clasificación, organización y descripción.

En la unidad de correspondencia:

- Se realizó trazabilidad a la correspondencia tanto interna como externa que llega a la entidad por los diferentes medios tanto físicos como electrónicos, en cumplimiento del formato GDO-GA-001 Guía para la organización del archivo de gestión, donde se estuvieron en cuenta no enmendaduras, fechas, hora, dependencia destino y los tiempos para cada una de las respuestas.
- Se realizo la organización y digitalización de las actas de Junta Directivas, las cuales se conservan tanto físico como digital.
- Se avanzo en la digitalización los contratos correspondientes a la oficina jurídica de la vigencia 2021.
- Se cumplió con entrega de informe de las vigencias 2020 – 2023 a la Gobernación de Arauca y Archivo General de la Nación.
- Se realizaron actividad y almacenamiento y realmacenamiento, en cumplimiento del formato GDO-FO-0041.
- Se realizaron actividades de prevención en caso de inundación y sistema eléctrico- formato GD3-FO-0043.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 122 de 245

3. INFORME SUBGERENCIA DE SALUD

El informe de gestión de este periodo y resultados tiene como objetivo, presentar los logros alcanzados por todas las instituciones de la ESE MORENO Y CLAVIJO en el segundo trimestre de la vigencia 2023, en el cual se observa desarrollo de sus Gestión misionales, Procesos de apoyo y Procesos estratégicos.

Los resultados están orientados al cumplimiento de las metas, esta estructura se encuentra a partir del análisis de aquellas actividades que generaron mayor impacto positivo y que generan a la Institución reconocimiento y credibilidad en los temas relacionados al esfuerzo de cada uno de los que aportan su conocimiento a esta empresa, y de esta manera agregamos que a pesar de las dificultades para el desarrollo de nuestras actividades; estas aún se direccionan al cumplimiento, mejoramiento y fortalecimiento de acciones.

Cada día la ESE MORENO Y CLAVIJO busca la mejora continua con calidad para sus usuarios, mejorando así el bienestar de vida como compromiso; con el desempeño del trabajo de cada uno de los empleadores que hacen parte de esta familia, el sentido de pertenencia es característico del trabajo diario.


Los logros alcanzados se pueden evidenciar en los registros consignados en este 1 informe trimestral del 2023 presentado por las diferentes dependencias.

OBJETIVO GENERAL

Consolidar y verificar del comportamiento financiero de las instituciones y toma de decisiones gerenciales que permitan generar estrategias que lleven a un mayor cumplimiento de las mismas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Consolidar información de prestación de servicios en salud relevante para la institución Analizar parámetros de producciones institucionales con el fin de visualizar comparativamente el comportamiento de los mismos en periodos de tiempo definidos.
- Informar a la Alta Dirección de la ESE Moreno y Clavijo al respecto del comportamiento de parámetros de producción institucional específicos
- Dar respuesta a las necesidades y requerimientos de información a nivel institucional respecto del comportamiento de la productividad de los servicios en salud a nivel institucional

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 123 de 245

- Evidenciar la estadística de las atenciones de los usuarios, en los diferentes servicios que se ofertan en toda la red de la ESE MOREMO Y CLAVIJO.
- Exponer y difundir la información del mejoramiento continuo en las diferentes actividades desarrolladas por parte de las instituciones de toda la red durante el primer trimestre de la vigencia 2023.
- Demostrar el avance que se viene realizando para la prevención, diagnóstico y tratamiento a las enfermedades presentadas en nuestros usuarios.
- Analizar los resultados arrojados por parte de los diferentes procesos y subprocesos que hacen parte de nuestra entidad con el fin de buscar un mejoramiento institucional que nos lleve a garantizar la prestación de los servicios y el bienestar de nuestros usuarios.
- Garantizar la disponibilidad y calidad oportuna de los diferentes insumos, medicamentos e instrumentos necesarios para la atención de los pacientes.
- Desarrollar el modelo de atención integral, humanizado y seguro en respuesta a las necesidades de la población, haciendo énfasis en una excelente atención a los usuarios.


3.1 SUBPROCESO SIAU

En el cumplimiento de su misión y de acuerdo con las diferentes normas, que van desde la misma Constitución Política Nacional, otras como la Ley 100 de 1993, Decreto 1757 de 1994, Decreto 1011 de 2006 y muy específicamente a la Ley 1474 de 2011 que se refiere al Estatuto Anticorrupción, la Oficina de Atención al Usuario tiene desde su hacer, un enfoque de atención centrado en el usuario, buscando responder a las necesidades y problemas que obstaculizan su acceso a la salud, facilitando mediante la orientación y aplicación del conocimiento de la normatividad Institucional y de la legislación vigente, el ejercicio de los derechos y los deberes de los usuarios para articular los recursos propios, los existentes en el sistema y activar las redes de apoyo institucionales.

La Empresa Social del Estado Departamental Moreno y Clavijo ha implementado herramientas de apoyo para mejorar la prestación de Servicios de Salud, la cual toma como fuente la información obtenida de las manifestaciones expresadas por los usuarios, su familia y/o partes interesadas, siendo estas presentadas como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias o Felicitaciones. Esta herramienta es el Sistema de Información y Atención al Usuario-SIAU.

El presente informe es realizado con la información recolectada en el acompañamiento adelantado al personal de cada IPS que hace parte de entidad.

En el describe y relaciona los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por dicho personal entre el mes de julio a septiembre de 2023.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 124 de 245

OBJETIVO GENERAL:

Informar sobre la gestión realizada desde área SIAU, en el periodo comprendido entre el mes de julio a septiembre de 2023.

1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Desarrollar las actividades planteadas por el área SIAU, en cada una de las dependencias donde se hace presencia.
- ✓ Registrar las capacitaciones y/o encuestas a los usuarios de la entidad.
- ✓ Atender de manera oportuna las PQRSDF.
- ✓ Registrar y analizar el comportamiento de las PQRSDF.
- ✓ Medir la satisfacción del usuario.


DESARROLLO DEL INFORME:

El procedimiento SIAU se materializa en las oficinas de Atención del Usuario en cada uno de los Hospitales y Centros de Salud de la Red hospitalaria de la ESE, lugar donde se promueven y desarrollan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios en el contexto del respeto por la persona y donde se tienen como acciones permanentes:

- El acompañamiento y soporte de la Asociaciones de Usuarios de la Salud de la Red Hospitalaria ESE Moreno y Clavijo.
- Fomento de espacios de participación.
- Búsqueda activa de los Eventos Adversos.
- Despliegue del procedimiento de SIAU en las Áreas y servicios, inducción al personal, Re inducción en jornadas de calidad, entre otras.

El procedimiento SIAU está conformado por tres grandes actividades:

1. Atención y Orientación al Usuario.
2. Trámite y Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones.
3. Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 125 de 245

ATENCIÓN Y ORIENTACION AL USUARIO:

La actividad Atención y Orientación al Usuario, hace referencia a la escucha activa y atenta al usuario, su familia y/o partes interesadas, solicitando información adicional si es necesario, con el fin de entregar la respuesta o el servicio según lo solicitado, para lo cual se hace uso de la información, normatividad vigente, herramientas, mecanismos disponibles, contactando funcionarios de otros servicios, personal, virtual o telefónicamente; buscando apoyo en otras entidades cuando esto fuere necesario, sensibilizando sobre los procesos a seguir y ofreciendo otras alternativas, cuando no sea posible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento.


Se informa a los usuarios de manera clara y veraz sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta cada uno de los hospitales, centros de salud y puestos de salud de la red hospitalaria de la ESE; se educa sobre los mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya con tramites en caso especiales, se orienta sobre el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se activan redes de apoyo interinstitucionales, entre otros.

Igualmente, cada coordinador SIAU de las diferentes IPS es encargado de dar a conocer a los usuarios sus derechos y deberes a través de la difusión de los mismos por medio de capacitaciones semanales, la emisión por medio de micrófono, la entrega de folletos y la publicación de los mismos en pendones y cartelera informativa.

Para la ejecución de las actividades, las oficinas de Atención al Usuario cuentan con un funcionario en cada hospital y centro de salud y dispone de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad.

A continuación, se relacionan dichos canales:

CANAL	MODO DE CONTACTO
Telefónico	8887049 ext. 136 (Tame), 8897224(Rondón), celular 3134733618(panamá),3142351082(Fortul), 3131720956(Pampuri), 3134742887(Arauquita), 3134737365 (Jordán) y 3134712067 (Cravo Norte)
físico	Toda correspondencia, documento escrito.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 126 de 245

virtual(correo electrónico)	siautame@esemorenoyclavijo.gov.co siauhospitalfortul@gmail.com hospitalarauquita@esemorenoyclavijo.gov.co siauhsla.esemyc@gmail.com siauhospitalrondon@gmail.com siaucravo@esemorenoyclavijo.gov.co siaucspa.esemyc@gmail.com siaucsjc.esemyc@gmail.com siaupampuriesmyc@gmail.com hospitalrondon@esemorenoyclavijo.gov.co hospitalpampuri@esemorenoyclavijo.gov.co hospitalcravo@esemorenoyclavijo.gov.co centrosaludpanama@esemorenoyclavijo.gov.co centrosaludpuertojordan@esemorenoyclavijo.gov.co www.esemorenoyclavijo.gov.co
Presencial	Proceso personalizado en las oficinas de SIAU de cada unidad de salud.
Buzón de Sugerencia	En cada servicio de los hospitales o centro de salud se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede consignar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias o felicitaciones. Se hace la apertura de dichos buzones semanalmente en presencia de un miembro del comité de ética, un representante de los usuarios y un usuario como tal y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos establecidos por ley.

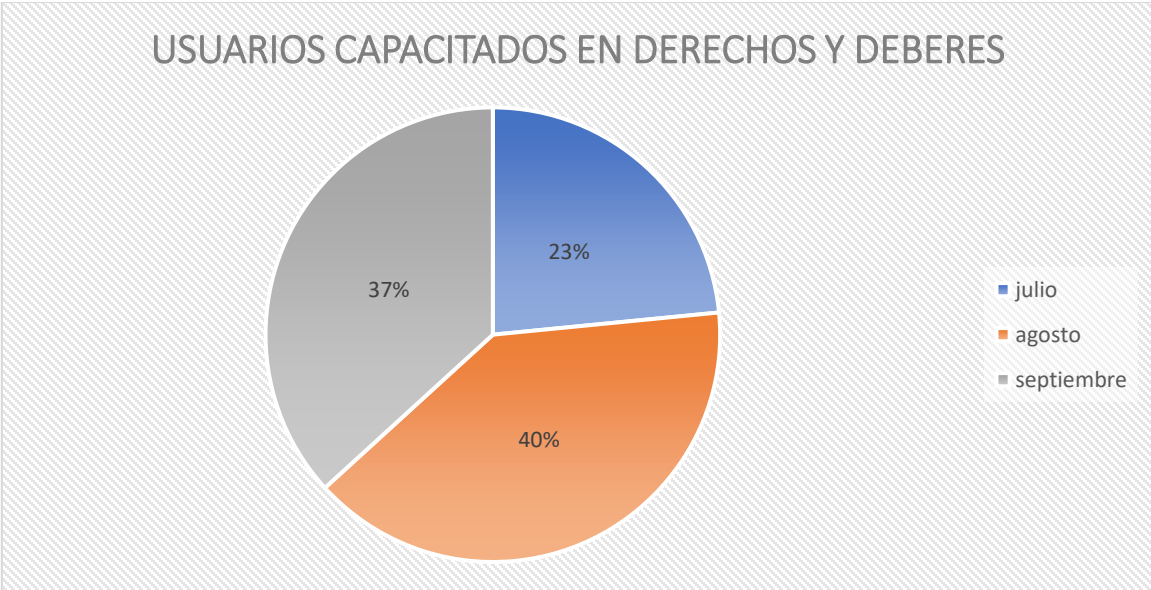
El indicador establecido para la medición de la difusión de los derechos y deberes de los usuarios es el "PORCENTAJE DE COBERTURA DE DIFUSIÓN DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS"; el cual nos permite medir el total de pacientes capacitados sobre si le divulgaron sus Derechos o no. La meta establecida para este indicador es del 10% y el límite de control es del 5%.

A continuación, se relaciona la cantidad de usuarios capacitados en el tema Derechos y Deberes:

TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (Julio)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (agosto)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (septiembre)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES
869	1475	1363	3707

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 127 de 245



Fuente: Listado de asistencia - Matriz Reporte Mensual – Registro fotográfico generadas por los Hospitales y Centros de Salud.


1.2 TRÁMITE Y GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (PQRSDF).

Para la realización de esta actividad en cada IPS se encuentra instalado un mínimo dos buzones de sugerencias ubicados en las áreas de consulta externa y urgencias y en algunos casos en los servicios de más flujos de pacientes.

En este buzón el usuario instaura o da a conocer sus respectivas peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias o felicitaciones según sea el caso; para el cual es utilizado el formato de radicación PQRSDF que se encuentran ubicados en cada buzón respectivamente.

Semanalmente se lleva a cabo la apertura de buzón (De esta actividad se deja como soporte un acta de apertura de buzón y registro fotográfico) en presencia de la coordinadora SIAU, el representante del comité de Ética, la participación de un usuario que se encuentre en el momento de la apertura, realizando así el respectivo proceso de gestión de las manifestaciones que consiste en la recepción, lectura, análisis, tipificación, registro, envío al responsable, seguimiento y cierre de la misma.

Las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncia o felicitaciones que sean realizadas de forma personal, escritas, vía Web, fax, correo electrónico y Buzón de sugerencias, serán recibidos por el personal asignado para el manejo del procedimiento de atención al Usuario.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 128 de 245

Para el seguimiento a la respuesta oportuna y con calidad de las PQRSDf presentadas por los usuarios, se tienen implementadas distintas herramientas como son los informes semanales y mensuales que se envían a los responsables con manifestaciones abiertas, los informes mensuales para el Comité de Ética Hospitalaria, Asociación de Usuarios y el informe mensual para el seguimiento Plan de Acción.

Para el caso de las quejas y peticiones anónimas se aplicó lo establecido en la Ley 962 de 2005, en su artículo 81 así: *“Ninguna denuncia o queja anónima podrá promover acción jurisdiccional, penal, disciplinaria, fiscal, o actuación de la autoridad administrativa competente (excepto cuando se acredite, por lo menos sumariamente la veracidad de los hechos denunciados) o cuando se refiera en concreto a hechos o personas claramente identificadas”*


El indicador establecido para la medición de la Proporción de Quejas resueltas antes de 15 días es el “PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS”, el cual establece el número de días promedio transcurridos entre la radicación de la PQRSDf, la Gestión y Respuesta. Se trata de un indicador que se viene midiendo desde 2014 y que tiene como meta responder dentro de los 08 (ocho) días hábiles contados desde su recepción.

A continuación, se relaciona cantidad de PQRSDf recibidas según su naturaleza y proporcionalidad de las mismas.

PQRSDf SEGÚN SU NATURALEZA	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL, PQRSDf (TERCER TRIMESTRE 2023)	PROPORCIÓN
PETICIONES	2	0	3	5	5%
QUEJAS	26	21	13	60	62%
RECLAMOS	1	0	0	1	1%
SUGERENCIAS	4	5	1	10	11%
DENUNCIAS	0	0	1	1	1%
FELICITACIONES	6	8	5	19	20%
TOTAL	39	34	23	96	100%

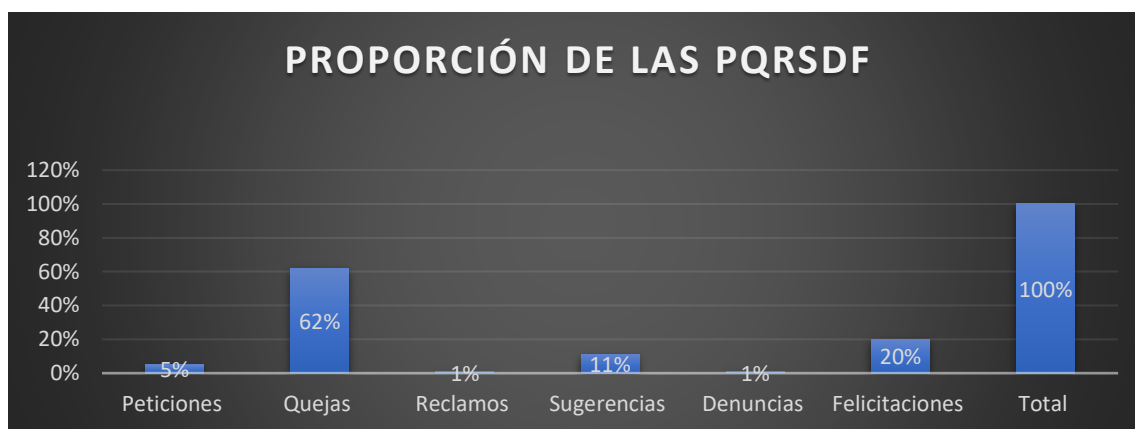
REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 129 de 245

Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario - Matriz Reporte Mensual- Actas de Apertura de Buzón generadas por los Hospitales y Centros de Salud, reporte correspondencia sede administrativa.

PROPORCIONALIDAD DE LAS PQRSDF:




Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario - Matriz Reporte Mensual- Actas de Apertura de Buzón generadas por los Hospitales y Centros de Salud, reporte correspondencia sede administrativa.

Conforme se evidencia durante el tercer trimestre del 2023, la Oficina de Atención al Usuario a través de los buzones de sugerencias y otros medios recibió un total de 96 PQRSDF o manifestaciones por parte de los usuarios, de las cuales, el 62% pertenece a Quejas, el 20% pertenece a las felicitaciones, el 11% son sugerencias, el 5% concierne a Peticiones, 1% a Peticiones y el 1% a denuncias. Igualmente se puede decir que la manifestación más recurrente durante este trimestre fue la **Queja** y en el mes en que más se presentaron manifestaciones fue el mes de julio de 2023.

CANTIDAD DE PQRSDF RECIBIDAS EN EL TERCER TRIMESTRE 2023 EN CADA SEDE Y SEGÚN SU NATURALEZA:

A continuación, se detalla el total de PQRSDF recibidas tanto en la sede administrativa como en cada IPS durante el trimestre analizado, discriminadas según su naturaleza.

SEDE	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL, PQRSDF RECIBIDAS EN EL TRIMESTRE
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	1	1	0	2
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	4	2	2	8
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	8	9	3	20

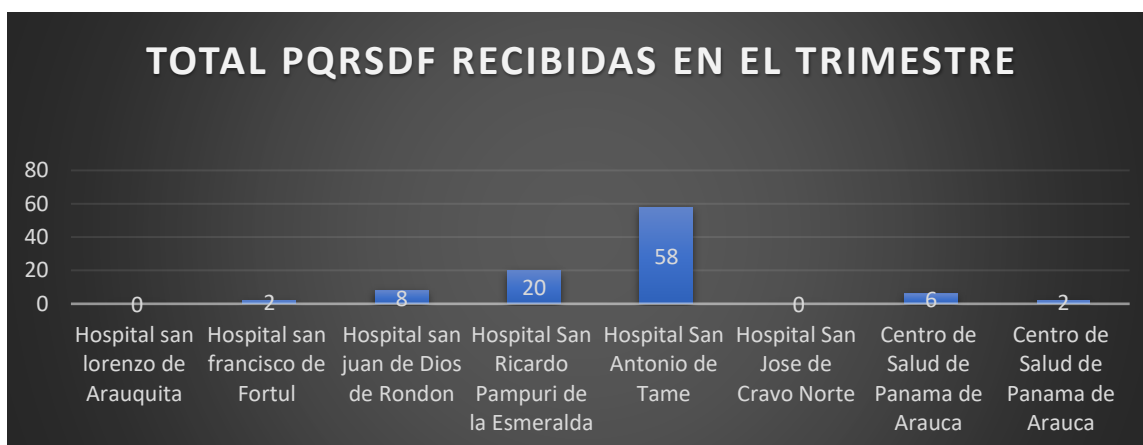
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 130 de 245

HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	24	22	12	58
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	2	4	0	6
CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA	0	0	2	2
TOTAL	39	38	19	96
TOTAL, PQRSDF RECIBIDAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE 2023	96			


Según su naturaleza:

SEDE	P	Q	R	S	D	F	TOTAL
ARAQUITA	0	0	0	0	0	0	0
FORTUL	0	1	0	0	0	1	2
RONDÓN	0	3	0	0	0	5	8
ESMERALDA(PAMPURI)	0	12	0	5	0	3	20
TAME	2	40	1	5	1	9	58
CRAVO-NORTE	0	0	0	0	0	0	0
PTO JORDAN	1	4	0	0	0	1	6
PANAMA	2	0	0	0	0	0	2

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario - Matriz Reporte Mensual- Actas de Apertura de Buzón generadas por los Hospitales y Centros de Salud, reporte correspondencia sede administrativa.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 131 de 245

ATENCIÓN A PQRSDF RECIBIDAS:

En la siguiente tabla se detalla la información correspondiente al trámite de respuesta de las PQRSDF recibidas tanto en la sede administrativa como en cada IPS durante los meses de enero a febrero objeto de análisis, discriminando el total recibidas, cuantas tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, cuantas fueron atendidas extemporáneamente, cuantas quedaron pendiente de trámite a la fecha de corte del informe y promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas.

SEDE	TOTAL, RECIBIDAS	ATENDIDAS EN TÉRMINOS	ATENDIDAS EXTEMPORÁNEAS	PENDIENTES POR RESPONDER	PROMEDIO DE DÍAS HÁBILES EN DAR RESPUESTA
IPS	69	69	0	0	7

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario - Matriz Reporte Mensual- Actas de Apertura de Buzón generadas por los Hospitales y Centros de Salud, reporte correspondencia sede administrativa.

De las 96 PQRSDF recibidas en cada IPS durante el (3) trimestre del 2023 objeto de análisis, las 96 tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, 0 fueron atendidas extemporáneamente, 0 quedaron pendiente de trámite a la fecha de corte del informe y el promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas fue de 7 días hábiles. Es importante tener en cuenta que algunas de las manifestaciones no requerían respuesta en razón a que corresponden a comunicados de felicitaciones o agradecimientos por parte de los usuarios.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 132 de 245

COMPORTAMIENTO PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL TERCERTRIMESTRE DE 2023.

La medición de la Satisfacción del Usuario se entiende como el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para conocer en forma técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido.

Esta actividad se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios y, de acuerdo con los resultados obtenidos, se implementan las acciones de mejora que sean necesarias para intervenirlos y finalmente, se convierten en otra fuente o insumo para el modelo de mejoramiento Institucional sirviendo de guía para mejorar o mantener la calidad de la prestación de los servicios en la Institución.


Entendiendo la medición de la Satisfacción del Usuario como un tema de vital importancia en la gestión y evaluación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, La ESE Moreno y Clavijo busca permanentemente asegurarse que las necesidades de sus usuarios se identifiquen, se escuchen y se cumplan, lo cual facilita identificar oportunidades de mejora. Esto ha llevado a que se hayan construido dentro de la misma encuesta dos indicadores que evidencian el grado de percepción de sus usuarios. El primero es la percepción del usuario frente a la atención y el trato que recibe del personal administrativo y asistencial y el segundo es la percepción del usuario frente a la oportuna prestación de servicios y en general de las instalaciones en la que se prestan los servicios.

El indicador establecido para la medición y mejoramiento del índice de satisfacción de los usuarios es la “TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO”. Se llama tasa de Satisfacción a la relación que se establece entre las diferentes posiciones que asumen las manifestaciones de los usuarios con respecto a los servicios y al trato recibido en su interacción con la institución. También se viene midiendo desde 2014 y la meta es mantener el indicador por encima de 90%.

Es importante hacer claridad que dicha encuesta se aplica siguiendo las directrices de la Resolución N. 256, que indica que se debe tener en cuenta las preguntas de satisfacción, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?; Por esta razón se evidenciará siempre un cambio significativo en el porcentaje de satisfacción.

Igualmente se aclara que la muestra asignada para las encuestas aplicadas en cada IPS se toma teniendo en cuenta la cantidad de usuarios atendidos en cada una de ella; el cual es relativamente bajo para el total de usuarios que utiliza el servicio.

Cabe resaltar que el personal asignado como coordinadoras del procedimiento SIAU en cada IPS a su vez tienen bajo su responsabilidad otras actividades como son consultas,

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 133 de 245

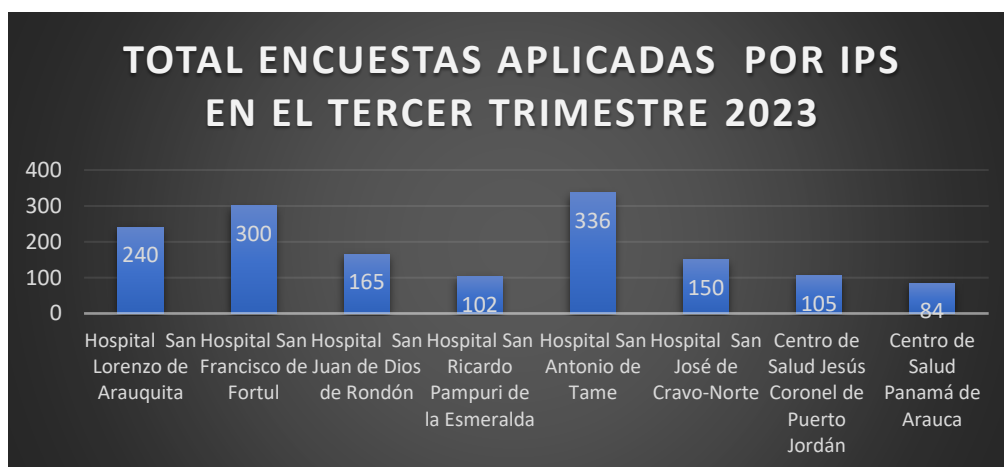
para el caso de las psicólogas y actividades asistenciales en los diferentes servicios para las auxiliares de enfermería. Se sigue recomendando la asignación de una persona única y exclusivamente para el procedimiento de SIAU que cuente con un espacio debidamente adecuado y las herramientas necesarias para el desarrollo de sus funciones.

NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS POR CADA IPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2023.


En cada IPS se realizaron un número determinado de encuesta de satisfacción, tal como se relaciona en la siguiente tabla, este número de encuestas a su vez fueron distribuidas en cada uno de los servicios que se presta.

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (Tercer trimestre 2023)
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	240
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	300
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	165
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	102
H. SAN ANTONIO DE TAME	336
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	150
C. S. JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	105
C. S. PANAMA DE ARAUCA	84
TOTAL ENCUESTAS APLICADAS (TERCER TRIMESTRE 2023)	1.482

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

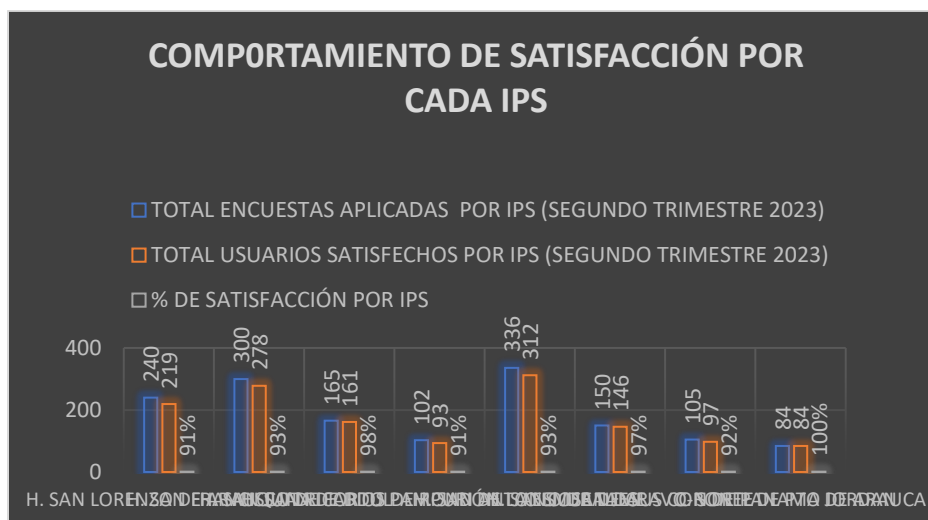
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 134 de 245

Durante el (3) trimestre del 2023 se aplicaron en total de 1.482 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 240 en el Hospital San Lorenzo de Arauquita, 300 en el Hospital San Francisco de Fortul, 165 en el Hospital San Juan de Dios de Rondón, 102 en el Hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, 336 en el Hospital San Antonio de Tame, 150 en el Hospital San José de Cravo-Norte, 84 en el Centro de Salud Jesús Coronel de Puerto Jordán y 84 en el Centro de Salud Panamá de Arauca.


Seguidamente se grafica el comportamiento de satisfacción global en cada IPS durante el tercer trimestre del presente año.

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (Segundo trimestre 2023)	TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS POR IPS (Tercer trimestre 2023)	% DE SATISFACCIÓN POR IPS
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	240	219	91%
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	300	278	93%
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	165	161	98%
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	102	93	91%
H. SAN ANTONIO DE TAME	336	312	93%
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	150	146	97%
C. S JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	105	97	92%
C. S DE PANAMA DE ARAUCA	84	84	100%
TOTAL	1.482	1.390	94%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 135 de 245

Se observa que la gran mayoría de las IPS adscritas a la red hospitalaria de la ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO obtuvieron resultados satisfactorios teniendo en cuenta que el porcentaje de satisfacción obtenido se encuentra por encima del 90%; meta establecida para este indicador.


PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL TERCER TRIMESTRE 2022:

TIEMPO (Segundo trimestre 2023)	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS	Número de usuarios que responden "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría la experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su ips?	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta ips?	TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS	% DE SATISFACCIÓN GLOBAL
TOTAL	1.482	1.397	1.412	1.387	94%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 136 de 245

En la tabla y gráfica anterior observamos que durante el (3) trimestre del año 2023, se aplicaron un total de 1.482 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.397 usuarios contestaron muy buena a la pregunta ¿Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? Y 1.412 a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS? para un total de 2.809 que respondieron a las dos preguntas, y los usuarios satisfechos son 1.387 lo anterior un equivalente a un 94% de satisfacción.

OTRA GESTIÓN REALIZADA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO SIAU:

- Coordinación de ejecución de las actividades contempladas en el Plan de Acción, Mapa de Riesgos y Pamec institucional contempladas dentro del tercer trimestre de 2023.
- Registro en la plataforma SUIT de las PQRSDf presentadas en toda la red hospitalaria durante el trimestre.
- Coordinación de la realización de capacitaciones dirigidas tanto al personal de toda la red hospitalaria como a los usuarios en diferentes temáticas con el propósito de mejorar el servicio prestado al usuario y fomentar el respeto mutuo.
- Realización de auditoría mensual a informes de actividades del procedimiento desarrolladas durante el mes por las coordinadoras SIAU de toda la red hospitalaria.


CONCLUSIONES

Como se mencionó inicialmente la E.S.E DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO viene realizando acompañamiento a través del líder del procedimiento SIAU a cada una de las actividades realizadas por su equipo de trabajo, el cual se encuentra distribuido en los diferentes Hospitales y Centros de Salud de la Red hospitalaria de la ESE observándose que se viene cumpliendo mes a mes con el desarrollo de las mismas.

En el informe proyectado se describió y se relacionó los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por las coordinadoras SIAU en el (3) trimestre de 2023, más el análisis mensual realizado por la sede central.

Como resultados pudimos observar que durante este periodo se realizó divulgación de derechos y deberes a 3.707 usuarios en toda la red hospitalaria. Una cifra realmente considerable que da indicios del interés y gestión para divulgar la importancia a los nuestros usuarios.

Igualmente se pudo establecer que durante el trimestre analizado la Oficina de Atención al Usuario recibió un total de 96 PQRSDf o manifestaciones por parte de los usuarios a los prestadores de servicio.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 137 de 245

Durante el (3) trimestre del año 2023 en toda la red hospitalaria se aplicaron un total de 1.482 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.397 usuarios contestaron muy buena a la pregunta ¿Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? Y 1.412 usuarios contestaron buena a esta misma pregunta; para un total de 1.387 usuarios satisfecho, equivalente a un 94% de satisfacción.

Los resultados obtenidos muestran que durante el (3) trimestre del año 2023 las IPS adscritas La ESE Moreno y Clavijo generan una opinión positiva ante los usuarios y que está cumpliendo con las expectativas de los mismos.

Con base en toda la información obtenida más el análisis de los factores internos y externos, la ESE lleva a cabo la planeación de sus lineamientos, trabajando en la búsqueda de estrategias que hagan de cada momento de verdad una experiencia satisfactoria, buscando minimizar todas las situaciones identificadas y caracterizadas al interior de la Institución, especialmente aquellas con las cuales los usuarios manifiestan la vulneración de sus derechos, manteniendo siempre el horizonte: “Atención humanizada y Atención con calidad”.


Por su parte, de la mano de la normatividad vigente, desde el procedimiento SIAU, se continuará educando a los usuarios, promoviendo la participación ciudadana, se hará la revisión de los determinantes sociales, participando en espacios interinstitucionales para la creación de redes de apoyo, se buscará referenciación con prácticas exitosas en otros servicios e instituciones y, se aprovechará toda oportunidad que permita el mejoramiento continuo del procedimiento.

3.2 SUBPROCESO PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Con corte a 31 de septiembre se tiene contratos con todas las ERA con vigencias anteriores, pero algunas de ellas están pendientes por realizar los anexos actualizados con la vigencia 2023, para finiquitar el proceso de acuerdo de voluntades, a saber:

EMPRESAS RESPONSABLES DE ASEGURAMIENTO	ESTADO ACTUAL
SANITAS	CONTRATO FIRMADO
NUEVA EPS	CONTRATO FIRMADO
COOSALUD	PENDIENTE ANEXOS ACTUAIZADOS
FOSCAL	PENDIENTE RESPUESTA

Con la EPS Coosalud se tiene acta de vigencia actual, pero los anexos están pendientes, con Foscal aún no se ha finiquitado el proceso de contratación para la vigencia 2023, pero la ESE está llevando a cabo la atención de todos los usuarios sin negar ninguna prestación de servicios de salud.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 138 de 245

POBLACION OBJETO A SER ATENDIDA POR CONTRATOS CAPITA

Para la vigencia 2023, tenemos contratada la siguiente población en los cinco municipios donde opera nuestra red, a los cuales se les debe garantizar la prestación de los servicios de salud de manera integral en cada uno de los cursos de vida, llevando a cabo la gestión del riesgo individual y en caso de presentar algún tipo de alteración se debe realizar la activación de la ruta, para que la EPS cumpla con los requerimientos y seguimientos de estos usuarios.


El total de población contratada para dar cumplimiento a las metas y actividades del programa de Promoción y Mantenimiento de la salud son:

ENTIDAD	ARAQUITA	CRAVO NORTE	FORTUL	PUERTO RONDÓN	TAME	TOTAL
NUEVA EPS	25144	336	14648	438	26207	66.773
SANITAS SUBSIDIADO	8204	2898	4431	3280	11460	30.073
SANITAS CONTRIBUTIVO	454	223	219	287	966	2.149
COOSALUD SUBSIDIADO	3023	0	0	0	0	3.023
COOSALUD CONTRIBUTIVO	215	0	0	0	0	215
FISCAL	0	0	0	78	0	150
TOTAL						99.363

La población total para brindar la prestación de los servicios de salud en detección temprana y Protección específica es de 99.363 usuarios que se encuentran ubicados en los cinco municipios donde opera la red hospitalaria.

CUMPLIMIENTO METAS DE PYM NUEVA EPS

INDICADORES AÑO 2023									
HOSPITALES	NUEVA EPS SUBSIDIADO								
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador IPS
	71.9%	71.3%	73%	74.3%	74%	75.4%	76.3%	77.6%	79.20%
	Muy	Muy	Muy	Muy	Muy	Muy	Muy	Muy	Muy deficiente
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador IPS
	84.8%	80.5%	85.2%	84.4%	82.9%	86.8%	86.9%	87.3%	88.70%
	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAQUITA	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador IPS
	81.5%	71.4%	82.3%	84%	84%	88.3%	89.4%	90.7%	93.10%
	Deficiente	Muy	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Óptimo	Óptimo
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	71.5%	73.9%	82.1%	82%	76.4%	83.6%	84.1%	85%	87.70%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	69.1%	74.3%	79.4%	79.2%	84.2%	83.1%	83.2%	87.1%	86.40%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente

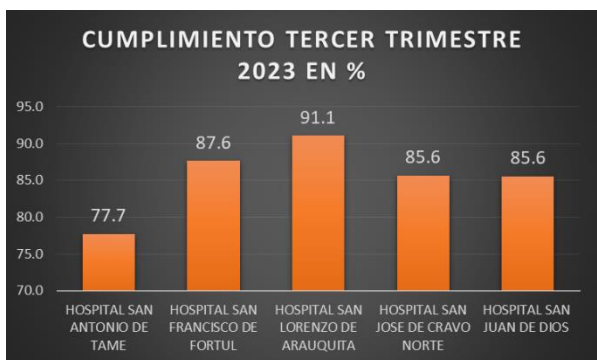
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 139 de 245

Se puede observar que en toda la red hospitalaria hubo mejora en cumplimiento de indicadores de forma global con respecto al mes de agosto de 2023, EXCEPTO el Hospital de Puerto Rondón que disminuyo en un 0.7% con respecto al cumplimiento del mes de septiembre del año en curso. El cumplimiento de indicadores con corte al mes de septiembre de 2023 fue:




Quien presenta mejor cumplimiento del indicador es el Municipio de Arauquita con un cumplimiento del 93.1%. El único municipio que presenta indicador por debajo del 80% es el municipio de Tame con un 79.2% encontrándose en calificación muy deficiente. El segundo municipio con cumplimiento de indicadores es Fortul con un 88.7%. Se resalta el trabajo que han venido desempeñando los hospitales para dar cumplimiento a las metas establecidas por esta EPS. Pese a que Tame no tiene cumplimiento por encima del 80% se debe resaltar que con respecto al segundo trimestre evaluado incremento su porcentaje en un 3.3%.

Evaluando el cumplimiento del tercer trimestre de la vigencia 2023, en cumplimiento de indicadores para la Nueva EPS se puede decir:



- El primer lugar lo ocupa Arauquita con un 91.1%.
- Segundo lugar Fortul con un 87.6% de cumplimiento.
- Tercer lugar lo ocupa Cravo Norte y Puerto Rondón con un 85.6% de cumplimiento.
- Ultimo lugar Tame con un 77.7% de cumplimiento.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN							GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN							Versión 01	
								Página 140 de 245	

Dentro de las acciones de mejora establecidas para las dos IPS que conforman el cumplimiento de metas del municipio de Tame que son Centro de Salud Juan de Jesús coronel y Hospital San Antonio de Tame:


Continuar con las brigadas de salud extramurales tanto urbanas como rurales.

- ✓ incrementar las acciones de demanda inducida efectiva para los programas de PyM.
- ✓ Verificar listados de atención de meses anteriores para dar cumplimiento a indicadores como son citologías, odontología, primera infancia, infancia, etc que se cumplen con periodicidades exactas.
- ✓ Cargar durante el último trimestre del año todos los RIPS de las vigencias 2021,2022 y lo corrido del año 2023 para que el sistema jalone información en el software que no se haya reportado y arrastre RIPS que tengan cumplimientos de tiempos establecidos, coadyuvando al cumplimiento de los indicadores evaluados.
- ✓ Realizar demanda inducida efectiva a los pacientes inasistentes de los programas.
- ✓ Reportar a las EPS los usuarios que no asisten a las citas programadas.

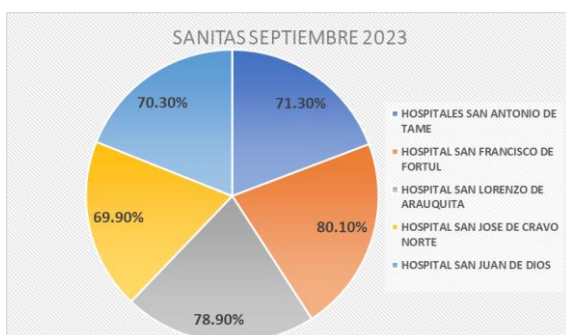
CUMPLIMIENTO METAS DE PYM SANITAS

El comportamiento presentado en la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo con la EPS Sanitas, se encuentra de la siguiente manera:

HOSPITALES	SANITAS SUBSIDIADO								
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	57.2%	54.4%	59.6%	64.7%	65.8%	66.2%	65%	63.4%	71.30%
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	66.7%	61.9%	65.3%	73.1%	73.9%	74.3%	77.8%	77.6%	80.10%
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	71%	62.8%	66.6%	71.8%	70.6%	72%	74%	73.6%	78.90%
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	55.1%	58.1%	64.8%	72.3%	71.1%	70.2%	71.1%	69.3%	69.90%
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	66.7%	63.5%	66.1%	67.6%	67.9%	66.5%	67.3%	66.8%	70.30%

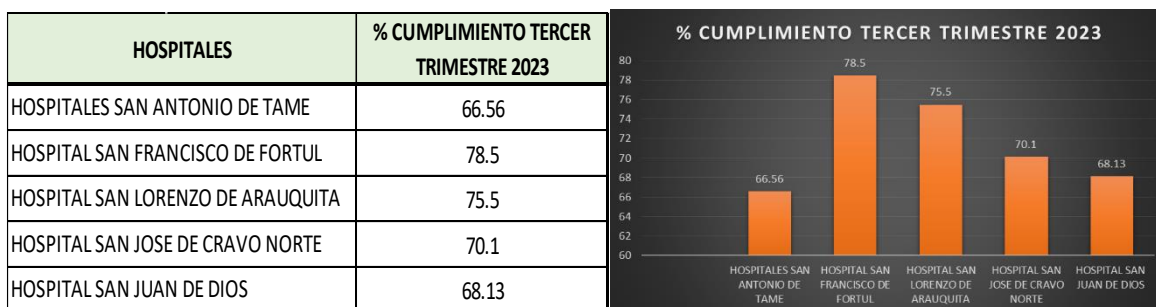
 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 141 de 245

En esta EPS los indicadores en todos los municipios se encuentran en muy deficientes con porcentajes de cumplimiento muy deficientes, a excepción del municipio de Fortul que con corte al mes de septiembre presenta un cumplimiento del 80.1% en calificación Deficiente y las demás IPS que conforman la red se encuentran:



- ✚ El municipio que se encuentra ocupando el segundo lugar es Arauquita con un cumplimiento del 78,9%.
- ✚ El tercer puesto lo ocupa el municipio de Tame con un 71.3% de cumplimiento.
- ✚ El último puesto lo ocupa el municipio de Cravo Norte con cumplimiento del 69.9%


De manera global también se observa que en el mes de agosto se presentó una desmejora en toda la red hospitalaria, razón por la cual se realiza solicitud de verificación de indicadores, observando que en la red no se están utilizando los códigos CUPS de manera correcta para lo cual se capacita a toda la red hospitalaria en el uso adecuado de los códigos. Durante el mes de septiembre se puede observar mejora en toda la Red Hospitalaria, pero aún se continúa con cumplimientos para esta EPS no óptimos, para lo cual se refuerza la demanda inducida efectiva en todos los programas de PyM.



Llevando a cabo la evaluación de los indicadores de Sanitas en el tercer trimestre de la vigencia 2023, se observa:

- ❖ El primer lugar lo ocupa Fortul con cumplimiento del 78.5%.
- ❖ El segundo lugar lo ocupa San Lorenzo de Arauquita con un 75.5% de cumplimiento.
- ❖ El tercer lugar lo ocupa Cravo Norte con un cumplimiento del 70.1%.
- ❖ El cuarto lugar lo ocupa Puerto Rondón con cumplimiento del 68.13%.
- ❖ El último lugar lo ocupa el municipio de Tame con cumplimiento del 66.56%.

Dentro del plan de mejora en el último trimestre es:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 142 de 245

- Los profesionales se comprometen a utilizar los códigos asignados por la EPS para que clasifiquen y sean contados por el software de esa entidad.
- Se intensificará la búsqueda activa de usuarios.
- Se cargarán todos los RIPS de la vigencia 2021, 2022 y 2023 en el último trimestre de la vigencia, llevando a cabo la corrección de los códigos mal utilizados en los meses anteriores.
- Se llevará seguimiento estricto a los indicadores trazadores de esta entidad, que son los que aplican para los descuentos.

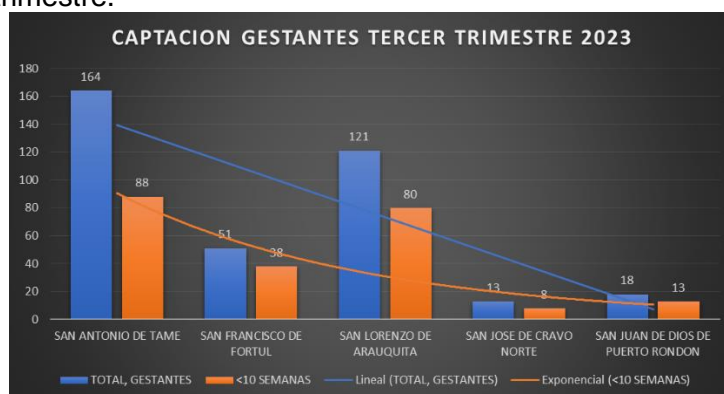
COMPORTAMIENTO CAPTACION DE GESTANTES TERCER TRIMESTRE 2023


De acuerdo a la normatividad vigente, la captación de las mujeres gestantes debe darse en el primer trimestre del embarazo antes de las 10 semanas de gestación para disminuir el riesgo de presentarse una morbilidad materna extrema y dar cumplimiento a la resolución 3280 de 2018.

El cumplimiento de esta captación por parte de la red hospitalaria en el tercer trimestre de la vigencia 2023 fue:

MUNICIPIOS	SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE	
	TOTAL, GESTANTES	<10 SEMANAS	TOTAL, GESTANTES	<10 SEMANAS
FORTUL	88	56	51	38
ARAUQUITA	132	83	121	80
PUERTO RONDON	37	20	18	13
TAME	172	86	164	88
CRAVO NORTE	12	10	13	8
TOTALES	441	255	367	227

El total de gestantes que ingresaron a la ruta materno perinatal durante el tercer trimestre de la gestación fueron 367 gestantes de las cuales 227 gestantes cumplen su criterio de ingreso a la ruta antes de las 10 semanas de gestación. Ingresaron 74 gestantes menos que el segundo trimestre.



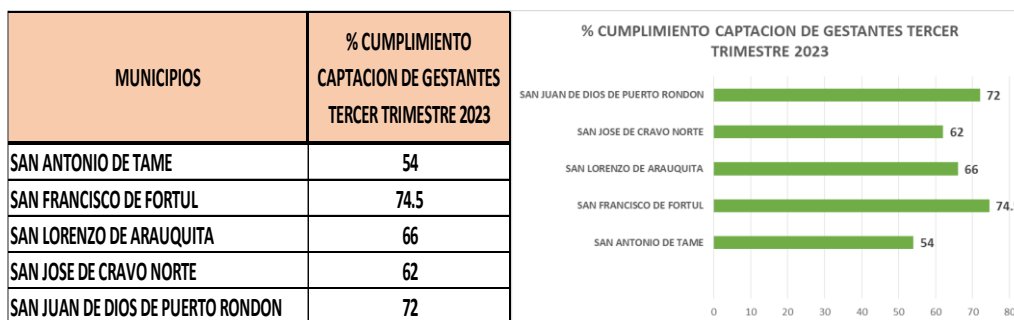
 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 143 de 245

El municipio que presento mayor cantidad de gestantes ingresadas a la ruta materna, fue Tame con 164 gestantes, de las cuales 88 de las gestantes cumplen con el criterio de ingreso antes de las 10 semanas de gestación, teniendo un cumplimiento de la captación temprana del 54%, no cumpliendo con el indicador que debe tener un porcentaje igual o mayor del 85%, pero mejorando 4 puntos la captación temprana con respecto al segundo trimestre.

En segundo lugar, se encuentra el municipio de Arauquita con 121 gestantes ingresadas de las cuales 80 gestantes cumplen con el criterio de captación temprana, logrando un cumplimiento del 66%, mejorando el indicador con respecto al segundo trimestre.

En tercer lugar, se encuentra el municipio de Fortul con 51 gestantes nuevas ingresadas al programa, de las cuales 38 cumplen con el criterio de captación temprana, con un cumplimiento del 74.5%.

Ningún municipio cumple con el criterio de captación temprana de las gestantes a la ruta materno perinatal que es $\geq 85\%$ de cumplimiento.




El cumplimiento de este indicador de manera global para la red hospitalaria de la ESE se encuentra en un 66%, mejorando en 8% el cumplimiento con respecto al segundo trimestre evaluado de la vigencia.

Dentro de los planes de mejora para este indicador se encuentran:

Trabajo mancomunado con los líderes que conforman las juntas comunales para que la comunidad haga uso del ingreso temprano a la ruta materno perinatal.

- ❖ Capacitaciones continuas a la comunidad en diferentes espacios.
- ❖ Incrementar la demanda inducida en todos los servicios de los hospitales.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 144 de 245

- ❖ Realizar pruebas rápidas de embarazo en las consultas y jornadas extramurales de aquellas mujeres que presenten algún factor de riesgo o sospecha de embarazo y enrutarla al programa.
- ❖ Trabajo permanente con los jóvenes y adolescentes, implementando la consulta diferencial a este grupo poblacional.
- ❖ Continuar con las campañas en los colegios e indagar factores de riesgo de embarazo.

ADHERENCIA DE GUIAS Y PROTOCOLOS EN PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

La ESE realiza auditoria de historias clínicas para verificar la adherencia que se tiene con los protocolos, guías y normas establecidos por el Ministerio de Salud, estas auditorias son realizadas de forma mensual por el director(a), Coordinador(a) de Promoción y Prevención, coordinador médico(a) de cada hospital y Centro de Salud, una vez diligenciada la herramienta, es analizada en el Comité de Historias clínicas, implementado los planes de mejoramiento a que haya lugar; durante la vigencia 2023 se estableció que entre los coordinadores médicos de Tame y Arauquita se realice el ejercicio de evaluar historias clínicas entre los pares, para mitigar los sesgos que se puedan presentar.

En la red hospitalaria se tomó una muestra aleatoria de ciento veinte (120) historias clínicas durante el tercer trimestre de la vigencia 2023, evaluando mensualmente cinco historias clínicas por IPS con usuarios que presentaron diagnósticos positivos para Hipertensión Arterial y usuarios que asistieron a través de las rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud en los cursos de vida de primera infancia e infancia. La Fuente de información se realizó a través del Formato Evaluación de Historia Clínica de Promoción y Prevención PYM-FO-059 versión 02.

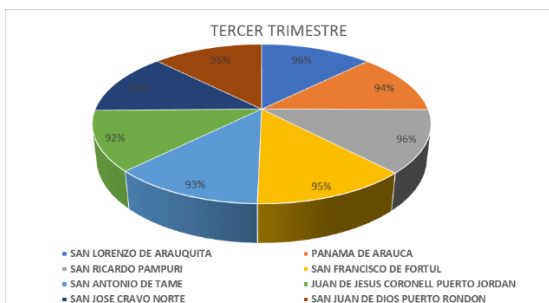
 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 145 de 245

APLICACIÓN GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

El comportamiento en la evaluación de los programas de Atención de pacientes con Enfermedad Hipertensiva, durante el tercer trimestre del año 2023 en la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo fue el siguiente:

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	
IPS	TERCER TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	96%
PANAMA DE ARAUCA	94%
SAN RICARDO PAMPURI	96%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	95%
SAN ANTONIO DE TAME	93%
JUAN DE JESUS CORONELL PUERTO JORDAN	92%
SAN JOSE CRAVO NORTE	96%
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	95%

Gráficamente podemos observar:



Se observa aun falencias en el diligenciamiento completo de la historia clínica, por parte del personal médico, pero con respecto al trimestre anterior se observan mejoras en varios campos y en la parte de educación.

Se realiza la solicitud de los laboratorios clínicos completos de acuerdo a periodicidad establecida por la guía de manejo.

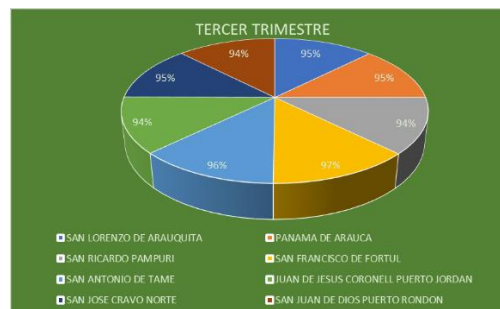
Se incrementó el porcentaje a nivel global de la ESE con respecto al segundo trimestre quedando con un cumplimiento del 95% en la adherencia a la guía de manejo de hipertensión arterial en toda la red hospitalaria.

APLICACIÓN GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA DE ATENCION DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Durante el tercer trimestre se observa el siguiente comportamiento en la adopción y adaptación a los protocolos y guías de manejo en los cursos de vida de primera infancia e infancia de cada uno de los cursos de vida:

GUIA CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
IPS	TERCER TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	95%
PANAMA DE ARAUCA	95%
SAN RICARDO PAMPURI	94%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	97%
SAN ANTONIO DE TAME	96%
JUAN DE JESUS CORONELL PUERTO JORDAN	94%
SAN JOSE CRAVO NORTE	95%
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	94%


Gráficamente se observa:



Se observa que ninguna IPS cumplió al 100% la aplicación de la guía. El menor cumplimiento en el diligenciamiento de las historias clínicas fue del 94% presentando mejora con respecto al indicador del segundo trimestre.

La entidad ha mejorado notoriamente la rotación del personal profesional, dentro de las falencias existentes ha sido la contratación de médicos extranjeros que no conocen la normatividad vigente en Colombia.


El cumplimiento global para el tercer trimestre de la vigencia 2023 para la guía de Crecimiento y Desarrollo fue del 95% incrementando 3% con respecto al segundo trimestre de la vigencia evalúa

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 146 de 245

ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA CUMPLIMIENTO DE METAS

La entidad ha venido implementando estrategias para dar cumplimiento a las metas establecidas en los procesos de contratación, así mismo se ha fortalecido en el trato humanizado de la prestación de los servicios de salud dando a conocer a los usuarios los derechos y deberes que se tienen; así mismo se han venido implementado las siguientes acciones:

- Disminución trámites administrativos para solicitud de autorizaciones que se requieran: la ESE realice el proceso interno con cada ERA para dar resolutiveidad a estos casos.
- Capacitación continua de la importancia a participar de los programas de DT y PT de manera integral, signos de alarma y beneficios que conlleva el ingreso a cada una de las rutas integrales de atención en salud.
- Ventanillas preferenciales para la atención de gestantes, post partos, recién nacidos y adultos mayores en cada una de nuestras sedes.
- Demanda inducida efectiva en cada una de las rutas establecidas a través de los veintiún puestos de salud y auxiliares contratadas para realizar esta actividad.
- Seguimiento permanente a los inasistentes de los programas, donde se realiza asignaciones de nuevas citas para dar cumplimiento a la periodicidad de cada ruta.
- Existe disponibilidad de agenda para la atención de los usuarios en un tiempo no mayor a 48 horas en los programas de PyM.
- Se oferta diferentes modalidades en la prestación de los servicios de salud, como son:
 - ✚ Intramural
 - ✚ Extramural
 - ✚ Teleconsulta
 - ✚ Horarios extendidos entre semana (5:00 p.m. a 7:00 p.m.)
 - ✚ sábados de 8:00 a 12:00 p.m.
- Mensualmente se cumple con la elaboración de los planes de mejoramiento, para cumplir con la adherencia de las guías prácticas clínicas, protocolos y procedimientos establecidos por norma en cada uno de los programas ofertados, los cuales se pueden evidenciar en el formato de auditoría de historias clínicas PYM- FO-059.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 147 de 245

Dentro de los comités de PyM se desarrollan planes de mejora en cada uno de los hospitales y centros de salud, donde se plasman estrategias para dar cumplimiento a cada uno de los indicadores medibles, estas se pueden evidenciar en el comité de PyM.

Así mismo se ha fortalecido los procesos de referencia y contrareferencia en cada una de las zonas rurales a través de la comunicación fluida que hay entre los líderes en salud y los mecanismos de:

- ✓ Traslado asistencial básico primario en toda la red
- ✓ Auxiliares de Enfermería en Puestos de Salud
- ✓ Call Center las 24 horas
- ✓ Trabajo intersectorial y comunicación fluida con Asociación de Usuarios

SUFICIENCIA PERSONAL CONTRATADO PARA ACTIVIDADES DE PYM


A la fecha de corte del tercer trimestre de la vigencia 2023 se cumple en toda la red hospitalaria con el personal suficiente e idóneo para dar cumplimiento a las actividades e indicadores evaluativos de cada una de las EPS. Se llevó a cabo la contratación de los profesionales faltantes y de apoyo a las direcciones de cada hospital para llevar a cabo seguimiento estricto en cada una de las actividades contratadas.

Es de resaltar el apoyo y trabajo realizado con los equipos de Salud contratados en los municipios de Arauquita, Fortul, Rondón y Cravo Norte, en donde se llevó a cabo una demanda inducida exhaustiva mejorando los indicadores de PyM en cada uno de estos municipios.

Así mismo la dotación de tecnologías fue realizada en los diferentes municipios, como fueron equipos de cómputo, scanner, fotocopiadoras y dotación de algunos escritorios y sillas ergonómicas.

RESULTADOS

- Se continúan las brigadas de salud extramural de manera periódica en toda la red hospitalaria de la ESE.
- Se continúa siendo pioneros con el cumplimiento de la toma de colposcopias + biopsias en toda la red hospitalaria.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 148 de 245


- Se logró posesionar el servicio de Ginecoobstetricia en toda la red hospitalaria de la ESE.
- Se fortaleció contractualmente la toma de los laboratorios clínicos de segundo nivel de atención, que complementan las rutas integrales de atención en salud.
- Se establecieron planes de mejora para dar cumplimiento a las metas establecidas.
- Se implementaron estrategias de atención los días sábados, para dar cumplimiento al programa PAPSIVI de forma integral.

CONCLUSIONES

- Implementar más estrategias hasta que se cumpla con la captación de gestantes por encima del 85% oportunamente antes de las 10 semanas de gestación.
- Llevar a cabo registro de la producción realizada en el área extramural y el área intramural.
- Caracterizar toda la población atendida para actualizar bases de datos en los sistemas de información.
- Llevar a cabo los programas radiales en cada uno de los municipios donde opera la red hospitalaria, haciendo énfasis en la importancia que la mujer gestante ingrese antes de las 10 semanas de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad materna y perinatal.
- Brindar todos los servicios de salud con calidad y calidez y verificar que cada usuario atendido cumpla con el criterio de integralidad de la ruta.
- Realizar capacitaciones continuas en cada uno de los hospitales para recalcar lo estipulado en la resolución 3280 de 2018.
- Establecer parámetros de control que nos permitan dar seguimiento al riesgo individual del usuario, cumplimiento con los tiempos establecidos de acuerdo a normatividad vigente.
- Realizar visitas de acompañamiento y auditorias permanentes en cada uno de los municipios donde opera la red.
- Informar a la ERA cuando no se pueda encontrar un usuario a través de los correos electrónicos. Así mismo aquellos usuarios que no se encuentran dentro del departamento para que se realice la gestión administrativa de traslado o según el caso que corresponda.
-

ANEXOS

- Formato de la matriz de seguimiento por EPS del régimen subsidiado.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 149 de 245

- Indicadores de seguimiento de Nueva EPS y Sanitas con corte al mes de junio del año en curso.
- Formato de Auditoria de Historias clínicas de Enfermedad Hipertensiva y Programa de Crecimiento y desarrollo con corte al mes de junio de la vigencia 2023.
- Formato evaluación del indicador de gestantes ingresadas antes de las 12 semanas de gestación por cada una de las IPS que conforman la red hospitalaria.


3.2 INFORME GESTION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION- PAI.

METAS

- Alcanzar el 95% y más de coberturas en las poblaciones objeto del programa con cada uno de los biológicos que hacen parte del esquema nacional.
- Mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubeola y el síndrome de rubeola congénita, así como, el tétanos neonatal, y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, Haemophilus influenzae tipo b, diarreas por rotavirus, tos ferina, parotiditis, influenza, VPH, varicela y COVID-19.
- Cumplir con el ingreso del 100% de la información nominal en el Sistema de Información Nominal PAIWEB en las IPS públicas y privadas que presten o hayan prestado el servicio de vacunación, con criterios de oportunidad y calidad.
- Garantizar el cumplimiento de la cadena de frío, mediante el seguimiento permanente y oportuno de los procedimientos que hacen parte de este componente.

ESTRATEGIAS

- ✓ Desarrollo de capacidades del Talento Humano a cargo del programa de vacunación, acorde a sus competencias y funciones, en los diferentes niveles de atención del orden departamental.
- ✓ Fortalecimiento de los planes de capacitación del talento humano en salud en todos los hospitales para la apropiación del conocimiento relacionado con el esquema nacional de vacunación, como elemento clave para promover y asegurar la protección en la población objeto del PAI.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 150 de 245

✓ Seguimiento por parte de los hospitales a su población que tiene como objeto de la atención, para recuperar coberturas de vacunación en la población objeto del programa, considerando la vacunación como un servicio esencial en salud.

✓ Implementación de las estrategias y tácticas de vacunación sin barreras acorde a las características del territorio y a la condición epidemiológica, que disminuya las oportunidades perdidas y garantice el acceso a la vacunación.

✓ Búsqueda de susceptibles mediante la revisión y análisis de registros en el Sistema de Información Nominal PAIWEB.

✓ Suficiencia y disponibilidad de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional, con oportunidad y calidad.

✓ Fortalecimiento de las alianzas estratégicas con los diferentes actores del desarrollo social, tales como ICBF, líderes sociales, programas de prosperidad social, líderes religiosos, entre otros, que permitan alcanzar los resultados en vacunación.


✓ Fortalecimiento de la gobernanza de las entidades territoriales frente a los diferentes actores del territorio, gobernadores, alcaldes, secretarías de educación, entre otros, en pro del posicionamiento del PAI

✓ Intensificación de estrategias de comunicación dirigidas a la familia y a la comunidad frente a la importancia y seguridad de la vacunación, para aumentar la confianza y promover el acceso de la población.

✓ Cumplimiento de los planes de mejora por cada entidad territorial establecidos conjuntamente con las EAPB, otros actores en salud, la Procuraduría de Infancia y Adolescencia y la Superintendencia Nacional de Salud.

META PROGRAMATICA DEL DANE DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL 2023

Según lo establecido por el ministerio existe una cobertura estipulada por el DANE el cual busca garantizar que cada municipio en donde la ESE MORENO Y CLAVIJO brinda sus servicios del programa de Vacunación sea de un 94.8% garantizando así que toda la población se encuentre cubierta y evitar las enfermedades de interés en salud pública. La cobertura mensual a alcanzar por tercer trimestre de 71.1 % al mes de SEPTIEMBRE para un total anual de 94.8% durante el año 2023.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 151 de 245

Municipio	POB. < 1 AÑO meta 2023	META MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 1 año	META MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 5 años	META MENSUAL	META CUMPLIDA
ARAUQUITA	1001	751	647	1014	761	698	976	732	705
CRAVO NORTE	87	65	54	88	66	57	85	64	58
FORTUL	426	320	269	430	323	273	413	310	348
PUERTO RONDON	93	70	58	89	67	62	85	64	62
TAME	1019	764	656	1058	794	770	1015	761	728

En la tabla anterior se puede observar que hay una gran disminución de las coberturas en cuanto a los menores de 1 año de edad, de un año y menores de 5 años ya que en todos los municipios se presentan dificultades en tanto a la BCG que es la primera dosis que se debe aplicar a los menores recién nacido, pero cabe resaltar en los municipios con baja meta poblacional no se presentan partos dentro de la institución motivo por el cual se observa caído el indicador.


Los niños menores de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud quedando con un 80% faltando un 13.2% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 286 usuarios pendientes.

Los niños de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud quedando con un 86% faltando un 8.8% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 149 usuarios pendientes.

Los niños de 5 años que cuentan con refuerzos la mayor parte son de gran dificultad para completar el esquema ya que los menores se trasladan a otros municipios y es allí donde se pierde la continuidad del esquema dentro de las coberturas dando no cumplimiento a las establecidas por el ministerio de salud quedando con un 93% faltando un 1.8% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 69 usuarios pendientes.

POBLACION FALTANTE PARA CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN TERCER TRIMESTRE DEL 2023

MUNICIPIO	POB. < 1 AÑO	POB. 1 año	POB. 5 años	TOTAL
ARAUQUITA	104	63	27	193

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 152 de 245

CRAVO NORTE	11	9	6	26
FORTUL	51	50	0	100
PUERTO RONDON	12	5	2	18
TAME	108	24	34	166
TOTAL	286	149	69	504


Resultados: esta tabla hace referencia a los usuarios que refieren nos falta para dar cumplimiento por lo establecido por la meta programática 94.8 % dando un cumplimiento de un 86.3 faltando un 8.5% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 504 usuarios pendientes.

MUNICIPIO DE TAME

El municipio de Tame conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI	SISTEMA DE INFORMACION
TAME	7	1	1	1	3

TAME	SEPTIEMBRE
META	COBERTURA ALCANZADA
BCG < 1año Unica	51,7
VOP< 1año 3ra	64,4
DPT< 1año 3ra	64,4
2da NEUMOCOCO	61,7
2da ROTAVIRUS	59,8
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	74,1
HEPATITIS A	74,0

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 153 de 245

VOP 1 RF 18 MESES	71,0
DPT 1 RF 18 MESES	71,0
VOP 2 RF 5 AÑOS	71,7
DPT 2 RF 5 AÑOS	71,7
SRP(TV) 2 RF 5 AÑOS	66,5

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de SEPTIEMBRE son del 66.8 %, para este tercer trimestre la meta programática es del 71.1% motivo por el cual no cumplió el tercer trimestre faltando el 4.3 % de la población, se realiza una observación con las dosis de recién nacidos y es que la población femenina en el municipio de Tame se ha venido realizando durante todos los meses cirugías de pomeyoy disminuyendo la natalidad de la población.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	51.7	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	64.4	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	74.1	SI

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	71	NO
TRIPLE VIRAL	71	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	71.7	SI
TRIPLE VIRAL	71.7	SI

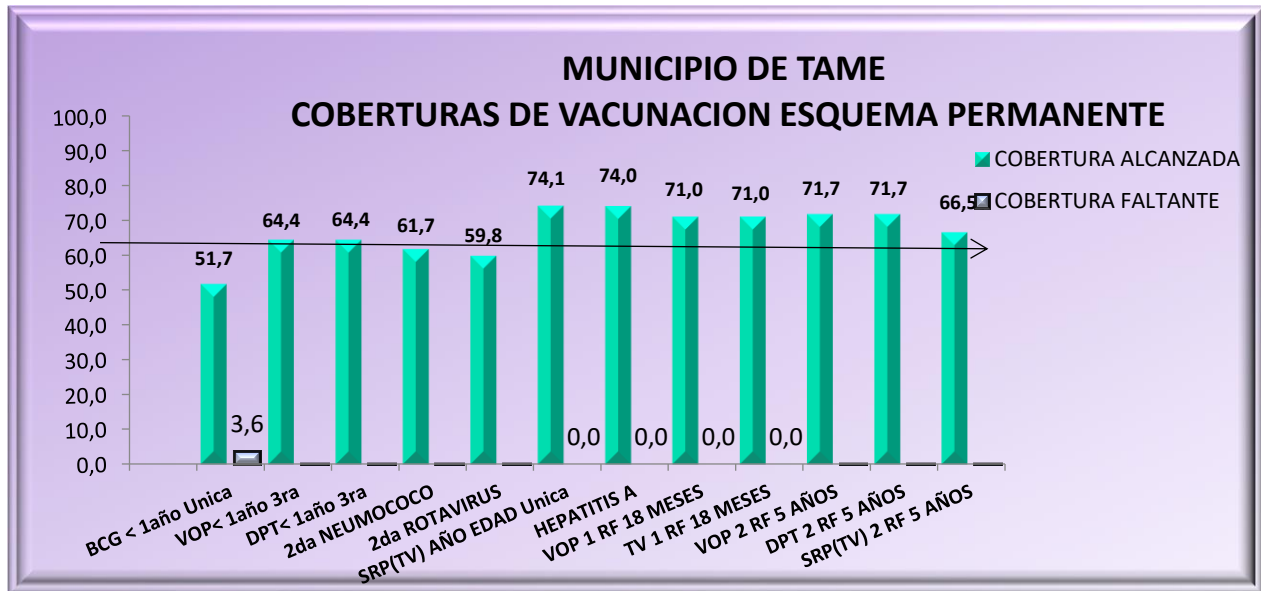



GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL TERCER TRIMESTRE

La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de septiembre de 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en cuanto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, terceras de pentavalente, con los segundos refuerzos de 5 años DPT y triple viral, por lo tanto, es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aún no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunación.

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y meta asignada siendo está a nivel general del 71.1% con corte al 30 de septiembre del 2023 fue del 66.8% quedando como cobertura faltante un 4.3%.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL TERCER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 155 de 245

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta para el indicador de nueva EPS una calificación de muy deficiente con un porcentaje del 64.8% de los indicadores del programa de vacunación se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores Muy deficiente se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Calificación
Vacunación	40%	48.2%	51.7%	41.1%	38.8%	62.3%	46.6%	42.2%	No aceptable

En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable con un 42.2% para el programa de vacunación motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE ARAUQUITA


El municipio de Arauquita conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Calificación
Vacunación	41.3%	31.7%	31.7%	41.3%	53.7%	50.3%	51%	64.1%	64.8%	Muy deficiente

MUNICIPIOS	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
ARAUQUITA	5	2	1	1
PANAMA	0	1		
PAMPURI	0	1		
PUERTO JORDAN	0	2		

Para la vacunación en el municipio de ARAUQUITA en la vigencia del 2023, la población objeto es la siguiente de acuerdo a la distribución por edad: En menores de un año es de 1001 niños y niñas con los biológicos BCG y Hepatitis B, 1ra, 2da, y 3ra dosis, Pentavalente y polio, 1era, 2da dosis Rotavirus y Neumococo. De un año 1014 niños y niñas con los biológicos, Triple viral, Fiebre amarilla, Neumococo, Varicela y Hepatitis A. De cinco años 976 niños y niñas en los biológicos Polio, DPT, y varicela. Que corresponde al segundo refuerzo, por lo anterior la meta a cumplir anualmente es del 95% y mensualmente del 7,9%.

Haciendo seguimiento al compromiso del ente territorial me permito remitir informe de las coberturas de vacunación acumulada alcanzadas por su IPS de acuerdo a la población

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 156 de 245

programática asignada para el 2023, con corte al 30 de septiembre de 2023, cabe resaltar que para ese mes la cobertura a alcanzar es del 71.1 %. Para el mes septiembre de 2023 municipio obtuvo la siguiente cobertura; en los niños y niñas menores de un año, con las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de JUNIO son del 47.4 %, para este segundo trimestre la meta programática es del 44.9 % motivo por el cual no cumplió el segundo trimestre faltando 2.5 %

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	47,4	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	64,64	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	68,8	NO

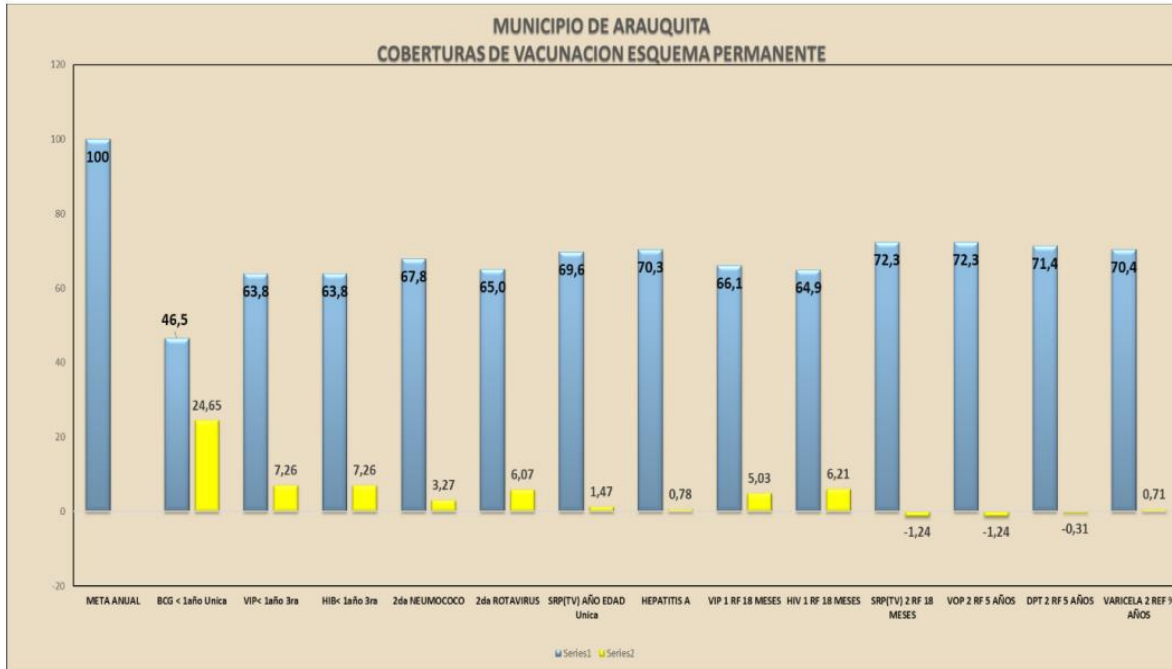
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	66,1	NO
TRIPLE VIRAL	70,2	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	72,7	SI
TRIPLE VIRAL	63,7	NO

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL TERCER TRIMESTRE



Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y meta asignada siendo está a nivel general del 71.1%, con corte al 30 de septiembre del 2023 fue del 67.4 % quedando como cobertura faltante un 3.7%.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL TERCER TRIMESTRE


De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Calificación
Vacunación	74.4%	80.6%	79.3%	82.7%	82.7%	88.9%	94.4%	94.4%	94.4%	Óptimo

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 94.4% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores Muy deficiente se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL TERCER TRIMESTRE

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Calificación
Vacunación	74.1%	71.7%	82.3%	90.5%	95.2%	90.5%	88.8%	86.6%	Deficiente

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 158 de 245


En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores se encuentra en el indicador de deficiente con el 86.6% motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE CRAVO NORTE

El municipio de Cravo norte conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
CRAVO NORTE	3	0	1	1

ARAUCA	CRAVO NORTE
META	COBERTURA ALCANZADA
META ANUAL	71.1 %
BCG < 1año Única	9,9%
VOP< 1año 3ra	66,7%
DPT< 1año 3ra	66,7%
2da NEUMOCOCO	54,3%
2da ROTAVIRUS	53,1%
SRP(TV) AÑO EDAD Única	63,2%
FIEBRE AMARILLA	52,9%
HEPATITIS A	63,2%
VOP 1 RF 18 MESES	66,7%
DPT 1 RF 18 MESES	66,7%
VOP 2 RF 5 AÑOS	69,4%
DPT 2 RF 5 AÑOS	69,4%
SRP(TV) 2 RF 5 AÑOS	69,4%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 159 de 245

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de septiembre son del 59.3 %, para este tercer trimestre la meta programática es del 71.1% motivo por el cual no cumplió el segundo trimestre 11.8%.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	8	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	54	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	55	NO

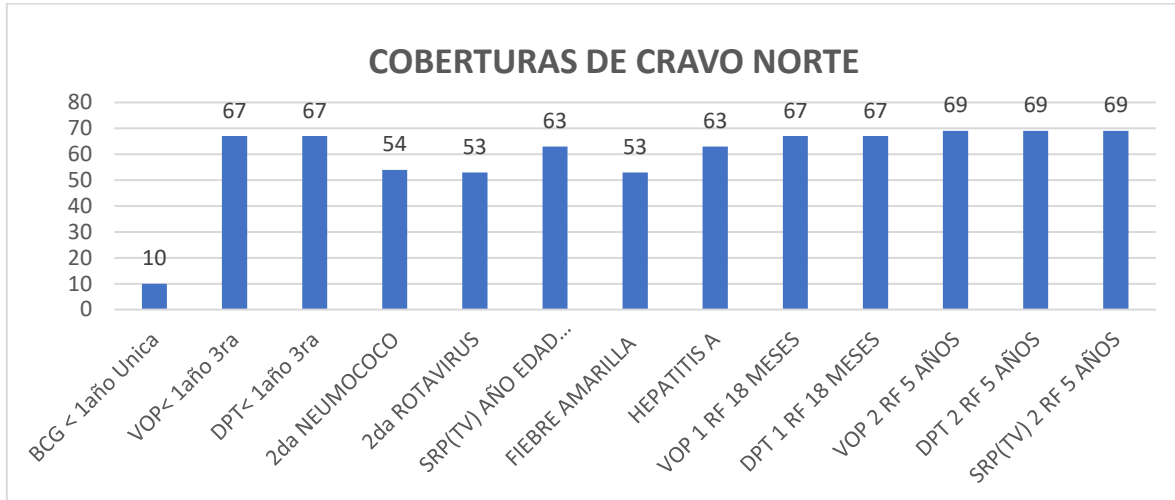
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	58	NO
TRIPLE VIRAL	58	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	59	NO
TRIPLE VIRAL	59	NO

GRAFICA DE COBERTURAS




La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de SEPTIEMBRE del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, con los refuerzos de 18 meses triple viral y en los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto, es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aún no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunación.

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y meta asignada siendo está a nivel general del 71.1%, con corte al 30 de SEPTIEMBRE del 2023 fue del 59.3 % quedando como cobertura faltante un 11.8%.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL TERCER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Calificación
Vacunación	58.6%	54.4%	66.1%	76.9%	64.1%	84.8%	83.4%	74.4%	68.4%	Muy deficiente

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 161 de 245

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta muy deficiente el 68.4 % de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL TERCER TRIMESTRE

Entidad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Calificación
EPS	35.4%	33.6%	37.8%	41.2%	41%	40.2%	45.3%	45.9%	No aceptable

En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable en cuatro indicadores motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE FORTUL

El municipio de Fortul conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:


MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
FORTUL	7	0	1	1

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y meta asignada siendo está a nivel general del 71.1%, con corte al 30 de Septiembre del 2023 es del 62.1 % .

		COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE
META %		71.1	
DOSIS APLICADAS <1 AÑO	B.C.G. / R.N	48,8	22,4
	HB	48,6	22,6

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 162 de 245

	NEUMO 1RA	56,3	14,9
	ROTAX 1RA	55,4	15,8
	PENTA 1RA	55,4	15,8
	VIP 1RA	55,4	15,8
	NEUMO 2DA	60,1	11,1
	ROTAX 2DA	59,4	11,8
	PENTA 2DA	60,1	11,1
	VIP 2DA	60,1	11,1
	PENTA 3RA	63,1	8,1
	VIP 3RA	62,7	8,5
DOSIS APLICADAS 1 AÑO	TRIPLE VIRAL	64,4	6,8
	NEUMOCOCO REF	28,1	43,1
	HEPATITIS A	61,4	9,8
	VARICELA	61,6	9,6
	FIBRE AMARILLA	63,0	8,2
18-23 MESES	DPT R1	72,1	1,6
	VIP REF	72,1	
	TRIPLE VIRAL R2	87,2	16,0
	PENTA REF	72,1	-0,9
DOSIS 5 AÑOS	DPT R2	80,9	9,7
	TRIPLE VIRAL R2	61,6	-9,6
	VOP R2	79,7	8,5

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 163 de 245

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y meta asignada siendo a nivel general del 71.1%, con corte al 30 de septiembre del 2023 fue del 62.1% faltando 9%.

El municipio de Fortul a nivel general queda con una cobertura de un 62.1% quedando con una cobertura inferior a la meta establecida para el tercer trimestre.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	48.8	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	63.1	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	64.4	NO

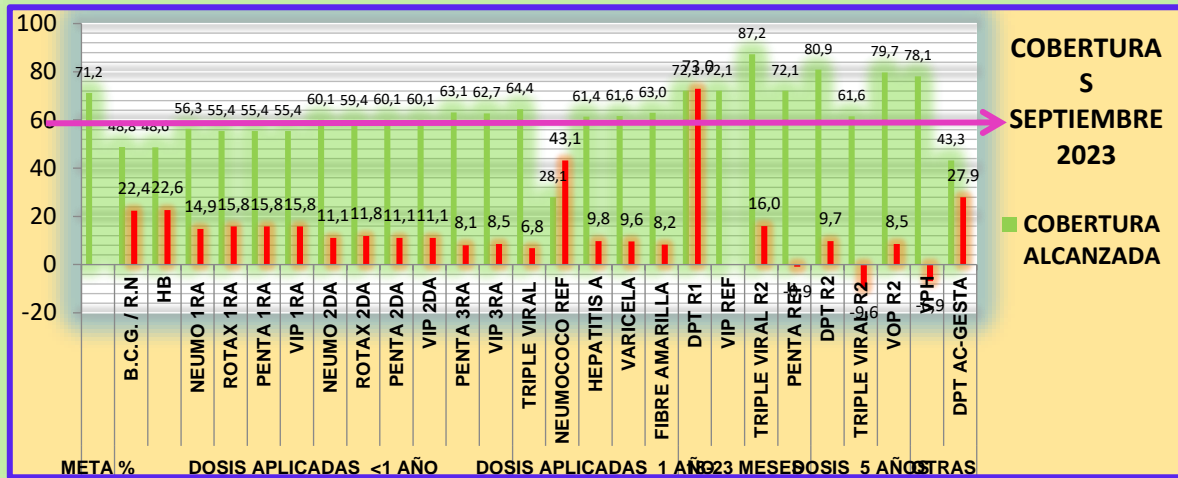
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	72.1	SI
TRIPLE VIRAL	87.2	SI

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	80.9	SI
TRIPLE VIRAL	61.6	SI

GRAFICA DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE FORTUL



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de septiembre del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, terceras de pentavalente. Con los trazadores de un año Triple viral.

Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aún no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunación.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL TERCER TRIMESTRE


De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Calificación
Vacunación	64.1%	70.3%	77.6%	78.4%	76.1%	77.6%	70.3%	81.3%	81.3%	Deficiente

se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 81.3 % de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores Deficiente se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL TERCER TRIMESTRE

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Calificación
Vacunación	69.4%	69.4%	71.7%	75.2%	75.2%	72%	73.3%	75.5%	Muy deficiente

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 165 de 245

Teniendo en cuenta los trazadores asignados por SANITAS y de acuerdo a los resultados obtenidos durante el segundo trimestre de 2023, se evidencia el comportamiento de las coberturas de vacunación que presenta indicadores en optimo y 1 en no aceptable motivo por el cual se solicita un plan de choque a la institución para aumentar el porcentaje de los indicadores.


MUNICIPIO DE RONDON

El municipio de Puerto Rondón conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
PUERTO RONDON	2	0	1	1

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y meta asignada siendo está a nivel general del 71.1%, con corte al 30 de septiembre del 2023 fue del 61.3 % faltando para cumplir la meta de 9.8 %

ARAUCA	Septiembre	2023
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE
META ANUAL	100	
BCG < 1año Unica	40,7	30,4
VIP< 1año 3ra	60,2	10,9
DPT< 1año 3ra	60,2	10,9
2da NEUMOCOCO	55,9	15,2
2da ROTAVIRUS	53,8	17,3
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	66,7	4,4
HEPATITIS A	67,7	3,4
VIP 1 RF 18 MESES	84,9	-13,8
PENTAVALENTE 1 RF 18 MESES	43,0	28,1
VOP 2 RF 5 AÑOS	68,1	3,0
DPT 2 RF 5 AÑOS	68,1	3,0

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 166 de 245

SRP(TV) 2 RF 18 MESES	65,9	5,2
-----------------------	------	-----

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	40.7	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	60.2	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	66.7	NO

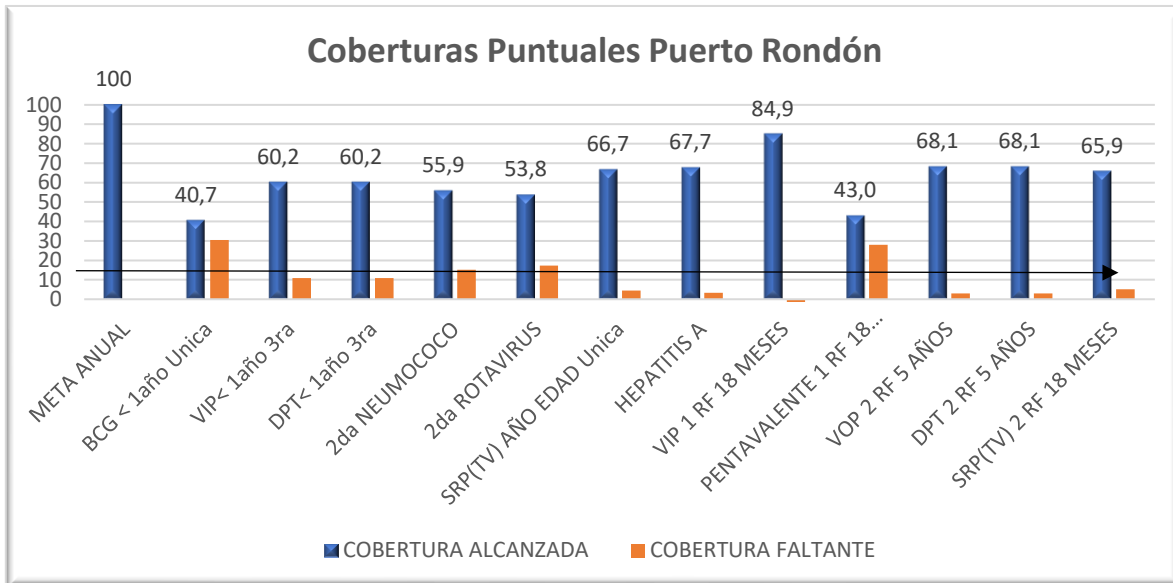
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	84.9	SI
TRIPLE VIRAL	79	SI

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	68.1	NO
TRIPLE VIRAL	65.9	NO

GRAFICO DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO RONDON




La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de septiembre del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en cuanto a los trazadores menores de un año con BCG recién, tercera de pentavalentes. En trazadores de un año triple viral, con los refuerzos de 18 meses, Polio VIP y triple, con los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aún no han sido vacunados y poder completar su esquema de vacunación.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL TERCER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Calificación
Vacunación	63.4%	62%	58.6%	62.7%	59.3%	59.3%	75.8%	84.1%	75.1%	Muy deficiente

Para el tercer trimestre del 2023, la EPS NUEVA EPS se puede observar que para esta empresa los indicadores de cumplimiento en su mayoría terminaron siendo deficientes generando un cumplimiento entre 75.1 % dando a entender que se debe realizar más demanda inducida en el programa, generar más búsquedas activas de los usuarios pero también de solicitar una actualización de las bases de datos de los usuarios ya que en

 MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01 Página 168 de 245	

ocasiones no se cuenta con los datos correctos de los beneficiarios generando una barrera entre los usuarios y la IPS.

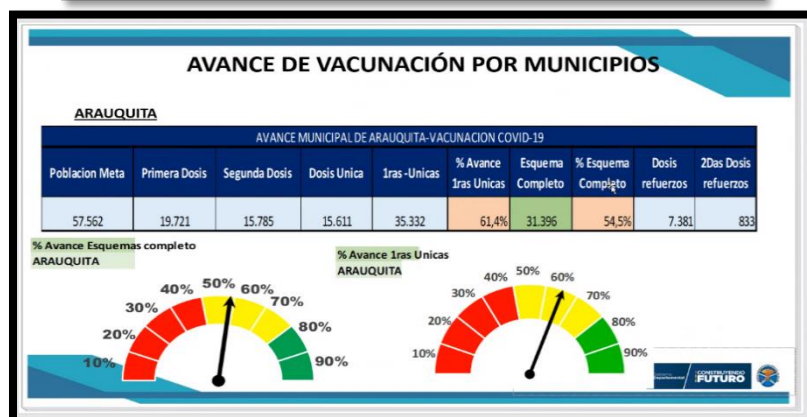
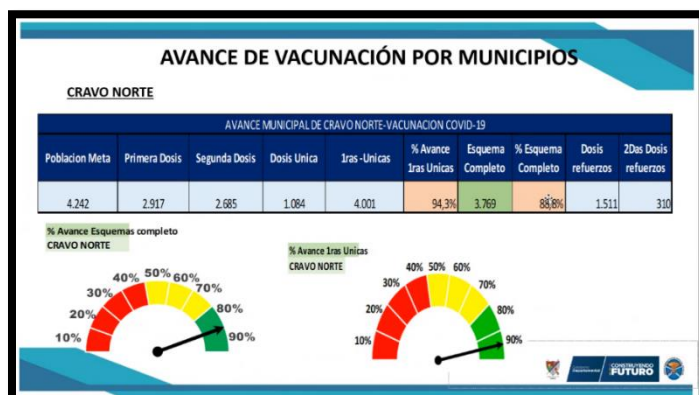
INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

Programa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Calificación
Vacunación	73.3%	69.4%	69.4%	64.7%	64.7%	75.2%	64.4%	64.4%	Muy deficiente

Teniendo en cuenta los trazadores asignados por SANITAS y de acuerdo a los resultados obtenidos durante el tercer trimestre de 2023, se evidencia el comportamiento de las coberturas de vacunación que presenta indicadores en optimo y 3 en no aceptable motivo por el cual se solicita un plan de choque a la institución para aumentar el porcentaje de los indicadores.

Los indicadores de sanitas siempre se reportan de una manera demorada no va el reporte mes cumplido ya que la plataforma arroja tiempos anteriores.

COBERTURAS DE COVID -19 A NIVEL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL TERCER TRIMESTRE DEL 2023



AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

FORTUL

AVANCE MUNICIPAL DE FORTUL-VACUNACION COVID-19									
Poblacion Meta	Primera Dosis	Segunda Dosis	Dosis Unica	1ras -Unicas	% Avance 1ras Unicas	Esquema Completo	% Esquema Completo	Dosis reforzos	2Das Dosis reforzos
20.629	11.472	10.042	3.061	14.533	70,4%	13.103	63,5%	3.949	392



AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

PUERTO RONDÓN

AVANCE MUNICIPAL DE PUERTO RONDON-VACUNACION COVID-19									
Poblacion Meta	Primera Dosis	Segunda Dosis	Dosis Unica	1ras -Unicas	% Avance 1ras Unicas	Esquema Completo	% Esquema Completo	Dosis reforzos	2Das Dosis reforzos
5.036	3.133	2.757	1.551	4.684	93,0%	4.308	85,5%	2.251	580



AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

TAME

AVANCE MUNICIPAL DE TAME-VACUNACION COVID-19									
Poblacion Meta	Primera Dosis	Segunda Dosis	Dosis Unica	1ras -Unicas	% Avance 1ras Unicas	Esquema Completo	% Esquema Completo	Dosis reforzos	2Das Dosis reforzos
50.138	30.150	24.977	9.678	39.828	79,4%	34.655	69,1%	10.485	1.785



3. AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 3 A 11 AÑOS

ACUMULADO DEPARTAMENTAL DE DOSIS APLICADAS -POBLACION DE 3 A 11 AÑOS					
Municipios	Metas de 100% de la poblacion	Primeras dosis aplicada	Segundas dosis aplicada	Avances de 1ras %	Esquemas completas %
Arauca	15.715	13.349	8.692	84,9	55,3
Araucaquita	10.820	3.781	2.833	34,9	26,2
Cravo Norte	690	552	486	80,0	70,4
Fortul	3.973	2.060	1.500	51,8	37,8
Puerto Rondon	844	696	546	82,5	64,7
Saravena	11.175	4.087	3.283	36,6	29,4
Tame	9.324	5.018	3.769	53,8	40,4
Departamento	52.541	29.543	21.109	56,2	40,2

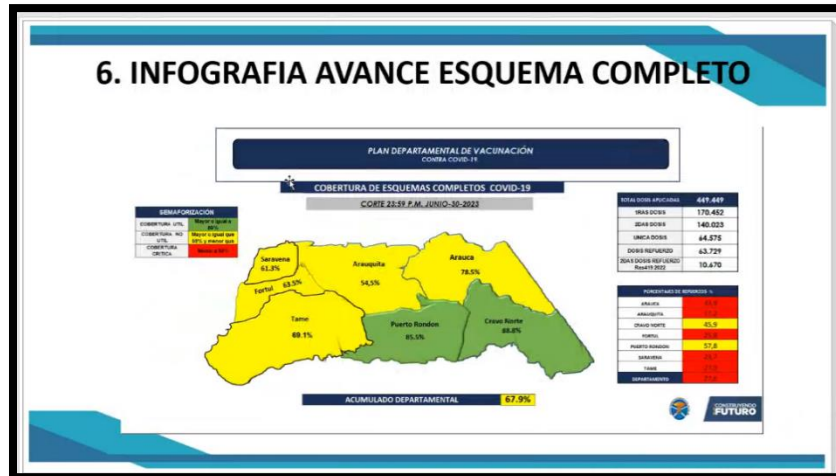


5. AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 16 A 19 AÑOS

MUNICIPIOS	Poblacion de 16 a 19 Años										
	TIPOS DE DOSIS	Metas	Primera dosis	Segunda dosis	Única dosis	Dosis refuerzo	Segunda dosis refuerzo Res-19 2022	AVANCES 1RAS/UNICAS	ESQUEMAS COMPLETOS	% AVANCES 1RAS /UNICAS	% ESQUEMAS COMPLETOS
Arauca		6.967	5.156	3.801	1.214	1.345	56	6.352	5.015	91,2	72,0
Araucaquita		4.343	1.396	1.070	899	389	16	2.291	1.969	52,8	45,1
Cravo Norte		287	157	159	95	101	14	252	254	87,8	88,5
Fortul		1.541	403	433	278	331	17	681	711	44,2	46,1
Puerto Rondon		345	162	171	111	168	17	279	282	79,1	81,7
Saravena		4.740	1.872	1.485	1.594	792	88	3.458	3.079	73,0	65,0
Tame		3.736	1.890	1.476	657	617	51	2.539	2.133	68,0	57,1
Departamento		21.559	11.026	8.595	4.848	3.743	259	15.846	13.443	72,2	61,2

6. INFOGRAFIA AVANCE 1RAS+UNICAS





Análisis

Durante el tercer trimestre del año 2023 se generaron estrategias para la elevación de las coberturas de COVID-19 como barridos casa a casa, asistencia a colegios, planes de choque, en las empresas se generaron estrategias, pero el resultado no fue tan satisfactorio como se esperaba, hay mucha no receptividad ante el biológico independientemente del biológico que fuera, se generaron muchos disentimientos y no aceptación de manera verbal a la aplicación del biológico.


3.3 INFORME GESTION DE APOYO DE URGENCIAS/ HOSPITALIZACION.

NUMERO USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Mediante los datos estadísticos durante el tercer trimestre se atendieron usuarios, con respecto al año anterior el cual fue de se observa un aumento relativo del primer trimestre del 2023 es del 7.636 y el segundo trimestre 7245 y en el tercer trimestre 8833 Consultas de urgencias siendo estas en su mayoría por diagnóstico de procesos respiratorios.

Durante en este tercer trimestre la atención al usuario por el servicio de urgencias fue con oportunidad teniendo en cuenta la clasificación del Triage como lo indica la resolución 5596 del 2015, cumpliendo con la clasificación el que no sea urgencia se entrega ficho para cita prioritaria y el que presenta síntomas respiratorios se realiza la consulta en sala de aislamiento y se garantiza todos los medios diagnósticos para obtener un diagnóstico.

En estas instituciones se está prestando unos servicios con calidad, seguridad y atención humanizada teniendo en cuenta las normas de protección por parte del personal durante la atención.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 172 de 245

HOSPITAL	MES DE JULIO	MES DE AGOSTO	MES DE SEPTIEMBRE
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	444	406	413
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	2075	2363	2015
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	120	124	129
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	711	718	650
CENTRO DE SALUD PANAMA	52	57	73
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	325	284	258
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	98	120	96
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	98	120	96
TOTAL	2580	2523	3730


Durante el tercer trimestre en nuestra red de prestación de servicios se observó variación en cuanto a los motivos de consulta principalmente siendo esta las afectaciones principales los procesos respiratorios, accidentes de tránsito en el servicio de urgencias, seguido de infección de vías urinarias; y el resto de porcentaje hace referencia a otros diagnóstico de menor porcentaje; se entrega la formula médica y se indica los signos de alarma, a los usuarios que se les realizo muestra para COVID-19 y dio positiva se indica aislamiento preventivo y los que requiere remisión o hospitalización se realiza tramite como lo indica los protocolos.

REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS REINGRESOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA ENTRE LAS 24 Y 72 HORAS SIGUIENTES A LA ATENCIÓN INICIAL PARA LOGRAR QUE SEAN MENOR AL 3%.

INDICADOR

(Número total de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 horas y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Número total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa * 100).

JULIO										
REINGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS	HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	0.03

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN							GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN							Versión 01	
								Página 174 de 245	

PARTE DE LA MUESTRA REPRESENTATIVA										
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PERIODO INCLUIDAS EN LA MUESTRA REPRESENTATIVA	413	2015	129	650	73	258	96	96	3730	

ANALISIS

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia que los reingresos en los servicios de urgencias entre las 24 y 72 horas corresponde al número de usuarios que acuden nuevamente al servicio de urgencias, independientemente de que el episodio haya sido atendido en consulta de urgencias o en observación, y se haga dentro de las 24 y 72 horas siguientes a la primera atención por la misma patología o condición clínica que motivó dicha atención ya sea exactamente la misma, durante el segundo trimestre se pudo evidenciar que se atendieron los 8833 usuarios con un porcentaje 0.32% cumpliendo con lo estipulado por el indicador de medida el cual es del 3 %.


ACTIVIDAD: 120720 8833

REALIZAR MEDICION A LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DE CONSULTA GENERAL.

INDICADOR:

(SUMATORIA DEL NUMERO DE MINUTOS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DE ATENCION EN LA CONSULTA DE URGENCIAS Y EL MOMENTO EN EL CUAL ES ATENDIDO EL PACIENTE EN CONSULTA POR PARTE DEL MEDICO / TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA DE URGENCIAS)


JULIO		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CS P	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	16.5
TIEMPO DE ESPERA CONSULTA TRIAGE II	Sumatorio número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el	7.489	15.620	120	10.920	51	6.500	0	2.070	42.770	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN								GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN								Versión 01	
									Página 175 de 245	

	cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.										
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	444	2075	120	711	52	325	98	98	2580	

AGOSTO		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CS P	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	16.1
TIEMPO DE ESPERA CONSULTA TRIAGE II	Sumatorio número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.	6.855	13.440	0	10.965	0	7.340	0	2.070	40.670	
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	406	2363	124	718	57	284	120	120	2523	

SEPTIEMBRE		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CS P	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	9.9
-------------------	--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------	------------

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 176 de 245

TIEMPO DE ESPERA CONSULTA A TRIAGE II	Sumatoria número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.	6.968	13.440	0	9.300	0	5.520	0	2.052	37.280	
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	413	2015	129	650	73	258	96	96	3730	

ANALISIS:


Al realizar el seguimiento de la atención de urgencias en el cuarto trimestre se observa que los pacientes que ingresan a nuestras instituciones teniendo en cuenta con el proceso de priorización del Triage acorde al evento que presentan se prioriza en el Triage de 2 en el cuarto trimestre se observa que la atención es superior a minutos siendo el indicador de la meta de 30 minutos estando en el rango no adecuado establecido por el ministerio de protección social de Colombia, esto siendo que a la fecha se ha realizado la atención de 8833 pacientes en un tiempo de espera de 13.6 minutos en el servicio de urgencias en los 8 municipios.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

INDICADOR 1. Proporción de pacientes hospitalizados por dengue Grave: No se presentaron casos de pacientes hospitalizados por diagnóstico de dengue grave ni en el III trimestre del 2023.

- **ANALISIS:** Se evidencia que el indicador se mantiene estable en el I y II trimestre y III trimestre del año, para casos de dengue grave presentes en el servicio de hospitalización.

INDICADOR 2. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días: No se presentó pacientes con reingreso al servicio de hospitalización en menos de 15 días por lo cual el indicador mantuvo un comportamiento estable en la red hospitalaria.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 177 de 245

- **ANALISIS:** Se evidencio que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento estable frente al indicador de Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, con relación al I, II, III y el trimestre del año en curso.

INDICADOR 3. Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización: En el transcurso de del I, II, III trimestre no se presentaron caídas en el servicio de hospitalización.

- **ANALISIS:** Se evidencia que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento favorable, frente al indicador de Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, ya que no se presentaron caídas de pacientes en el servicio de hospitalización durante el primer, segundo y tercer trimestre del 2023.

INDICADOR 4. Tasa de úlceras por presión: Durante el I, II, III trimestre no se presentaron pacientes con úlceras por presión en la estadía por hospitalización.

- **ANALISIS:** durante el I, II, III trimestre del 2023, se brindaron medidas de cuidado integral las cuales evitaron tasas de incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados


INDICADOR 5. Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda (IRA) en menor de 5 años: No se presentaron reingresos de pacientes menores de 5 años hospitalizados por IRA, dentro de los 20 días después del primer egreso por IRA en el transcurso del I, II, III trimestre

INDICADOR 6. Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años: Durante el I primer trimestre del 2023 se presentaron 15 neumonías en menores de 5 años y en el II trimestre 10 neumonías de las cuales no se presentó ninguna letalidad por IRA, para el III trimestre 12 neumonías.

INDICADOR 7. Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA): En el transcurso del I, II, III trimestre no se presentaron casos de letalidad por EDA en menores de 5 años.

INDICADOR 8. Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización: En el transcurso del I, II, III trimestre no se presentó casos de reacción adversa de medicamentos, gracias a los cuidados estandarizados

INDICADOR 9. Índice de Giro Cama: En el I y II y III trimestres del 2023 se obtuvo un índice de giro cama de 3 días, lo que quiere decir que se mantuvo estable el indicador

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 178 de 245

INGRESOS DEL TERCER TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

HOSPITAL	III TRIMESTRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	339
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	119
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	94
HOSPIATL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	221
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	47
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	158
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	978


ANALISIS

Por medio de los análisis estadísticos presentado por los hospitales los cuales se encuentran en la red prestadora de servicio de la ESE MORENO Y CLAVIJO se pudo evidenciar que durante el tercer trimestre se ha presentado un aumento en igualdad del porcentaje respecto el año pasado, el diagnóstico de mayor rotación es por usuarias de parto único; en el Hospital san Antonio de Tame es donde se observa un mayor aumento en los ingresos al servicio de hospitalización ya que se está encontrando en un 97 % en comparación con los otros hospitales de la red de prestadores de servicios de hospitalización de la ESE MORENO y CLAVIJO, teniendo en cuenta que el centro de salud de panamá, ni el centro de salud de puerto jordán cuentan con el servicio de hospitalización habilitado.

EGRESOS

EGRESOS DEL CUARTO TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

HOSPITAL	III TRIMESTRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	334
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	108
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	94
HOSPIATL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	221
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	47
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	158
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	962

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 179 de 245

ANALISIS


Por medio de los análisis estadísticos presentado por los hospitales los cuales se encuentran en la red prestadora de servicio de la ESE MORENO Y CLAVIJO se puede apreciar que en el tercer trimestre hay un ascenso de egresos a comparación del año pasado teniendo un total de egresos de 962 usuarios a los cuales se les brindo toda la atención de una manera holística, la mayor consulta se dio por fiebre, procesos respiratorios seguido de atención del parto y el resto de egresos hacen referencia a otros diagnósticos de menor incidencia; se entrega las respectivas ordenes médicas y se indica los signos de alarma; esta institución presta los servicios con calidad, seguridad, atención humanizada.

GIRO DE CAMA

Se sigue llevando un monitoreo continuo de las estancias prolongadas injustificables habiendo un promedio de giro cama de 2.9 días por usuario. Se recomienda acompañamiento constante por parte de la coordinación de medicina para que puedan unificar criterios y no se presenten tan seguidos la rotación de antibióticos ocasionando estancias hospitalarias prolongadas. A su vez farmacia en la disponibilidad oportuna de medicamentos.

HOSPITALES	Ingresos al servicio hospitalización Tercer trimestre 2023
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	3.5
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	2.3
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	15
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	3
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	2.9

Por medio de los análisis estadísticos durante el tercer trimestre se dio un giro cama de 2.9 días en promedio, el diagnóstico de mayor rotación es por usuarias de parto único espontaneo el cual se lleva a 24 horas de estancia como lo indica la resolución 3280 del

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 180 de 245

2018; la, parto y pediatría; brindando el servicio con calidad, seguridad, atención humanizada y comprometidos con el bienestar de nuestra gente.

OCUPACIONALIDAD

Total % Ocupacional de camas

HOSPITALES	Ingresos al servicio hospitalización III Trimestre 2023
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	43 %
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	26 %
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	4.9 %
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	43 %
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	1.6%
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	14.8

Tabla. Porcentaje de oportunidad en la Notificación semanal al SIVIGILA.


Por medio de los datos estadísticos durante el segundo trimestre se dio una disminución del 3.3%; en comparación con el anterior año que finalizó con un 14.8 % en el servicio de hospitalización de las instituciones, el diagnóstico de mayor porcentaje de ocupación es por infección de vías urinarias, seguido con dengue clásico y el resto hace referencia a otros diagnósticos de menos ocupación; en el servicio de hospitalización de nuestras instituciones; todos los días se realiza control de la disponibilidad de las camas, esta atención se realiza con calidad, seguridad y atención humanizada.

3.4 INFORME GESTION VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Para el Programa de Vigilancia Epidemiológica se realiza la verificación de la Oportunidad en la Notificación semanal de las UPGD, la Oportunidad en el cargue de la Notificación Semanal al Portal SIVIGILA 4.0, oportunidad en el cargue los RIPS al SIANIESP y la Notificación de los eventos de Interés en Salud Pública de notificación Colectiva e Individual.

➤ Oportunidad en la Notificación Semanal UNM SIVIGILA 2023.

Durante el tercer trimestre de 2023, las diferentes UPGD de la Red de la ESE Moreno y Clavijo, realizan la Notificación semanal al SIVIGILA de manera oportuna durante las 39

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 181 de 245

semanas epidemiológicas, mediante el envío de los archivos planos a la Unidad Notificadora Municipal los días lunes antes de las 12m, sin importar si es feriados. Con un 100% en la oportunidad en la notificación al SIVIGILA de los eventos de Interés en Salud Pública en las ocho UPGD de la ESE. Siete hospitales y un centro de salud tienen las 39 semanas epidemiológicas positivas excepto Centro de Salud Juan de Jesús coronel que tiene 9 semanas negativas, es decir no tiene eventos de Interés en Salud Pública para reportar en esas semanas epidemiológicas.

TABLERO DE CONTROL DE INDICADORES SIVIGILA											
MUNICIPIO	TIPO DE UNIDAD	NOMBRE UPGD	CODIGO DEL PRESTADOR	SUB-CODIGO	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANAL			CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD DE LA NOTIFICACIÓN			
					NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS EVALUADAS POR PERIODO	% CUMPLIMIENTO	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSAS	% DE CUMPLIMIENTO
ARAUQUITA	UPGD	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	8106500206	02	39	39	100	39	0	0	100%
	UPGD	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	8106500206	40	39	39	100	39	0	0	100%
	UPGD	CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	8106500206	17	39	39	100	39	0	0	100%
FORTUL	UPGD	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	8130000206	06	39	39	100	39	0	0	100%
PUERTO RONDÓN	UPGD	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	8159100206	05	39	39	100	39	0	0	100%
CRAVO NORTE	UPGD	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO N	8122000206	04	39	39	100	39	0	0	100%
TAME	UPGD	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	8179400206	03	39	39	100	39	0	0	100%
	UPGD	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	8179400206	07	39	39	100	33	6	0	85%


Fuente: SIVIGILA 2023

➤ Oportunidad en el cargue de la Notificación Semanal al Portal SIVIGILA 4.0 2023

Se diseña y socializa el Formato para el seguimiento de la Notificación semanal y el cual es alimentado con la información de los correos del envío de las Notificaciones a la Unidad Notificadora Municipal semana a semana, donde se verifica el cumplimiento de la Notificación Semanal y el Acumulado de las notificaciones de las semanas positivas, notificaciones negativas y semanas silenciosas

Las diferentes UPGD de la Red de la ESE Moreno y Clavijo, realizan la Notificación al Portal SIVIGILA 4.0 de manera oportuna durante las 39 semanas epidemiológicas de este periodo, mediante el envío de los archivos planos a la Unidad Notificadora Municipal- UNM, los Cinco hospitales realizaron el envío de la información con 100% de oportunidad.

Tabla. Porcentaje de oportunidad en la Notificación semanal al Portal SIVIGILA 4.0

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01 Página 182 de 245	

SEGUIMIENTO A LAS NOTIFICACIONES SEMANALES													
MUNICIPIO	TIPO DE UNIDAD	NOMBRE UPGD	CODIGO PRESTADOR	DEL SUB-CODIGO	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANA 37			CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANA 38			CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANA 39		
					NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL	FECHA Y HORA (18/09/2023)	% CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD (ANTES DE LAS 12 M)	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL	FECHA Y HORA (25/09/2023)	% CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD (ANTES DE LAS 12 M)	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIO CON LA NOTIFICACION SEMANAL	FECHA Y HORA (02/10/2023)	% CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD (ANTES DE LAS 12 M)
ARAUQUITA	UPGD	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	8106500206	02	37	18 sept 2023, 10:29	100%	38	25 sept 2023, 11:51	100%	39	02 Oct 2023, 09:34	100%
	UPGD	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	8106500206	40	37	18 sept 2023, 09:28	100%	38	25 sept 2023, 10:47	100%	39	02 Oct 2023, 11:24	100%
	UPGD	CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	8106500206	17	37	18 sept 2023, 08:50	100%	38	25 sept 2023, 10:33	100%	39	01 Oct 2023, 23:41	100%
FORTUL	UPGD	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	8130000206	06	37	18 sept 2023, 10:23	100%	38	25 sept 2023, 09:31	100%	39	02 Oct 2023, 08:17	100%
PUERTO RONDÓN	UPGD	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	8159100206	05	37	18 sept 2023, 09:05	100%	38	25 sept 2023, 09:12	100%	39	02 Oct 2023, 09:32	100%
CRAVO NORTE	UPGD	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO N	8122000206	04	37	18 sept 2023, 09:33	100%	38	25 sept 2023, 10:16	100%	39	01 Oct 2023, 19:03	100%
TAME	UPGD	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	8179400206	03	37	18 sept 2023, 08:24	100%	38	25 sept 2023, 15:23	100%	39	02 Oct 2023, 10:05	100%
	UPGD	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONE	8179400206	07	37	18 sept 2023, 10:05	100%	38	25 sept 2023, 10:26	100%	39	01 Oct 2023, 23:41	100%

Fuente: SIVIGILA 2023

➤ Oportunidad en reporte SIANIEPS- cargue al SIVIGILA

Para el tercer trimestre del 2023, el Sistema de Información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud pública realiza cargue de los RIPS al SIANIEPS de manera mensual y de forma oportuna, evidenciándose un 100% en el envío y en la Oportunidad de entrega de las ocho hospitales y Centros de Salud que conforman la Red de la ESE MYC.

Tabla: Oportunidad en el Reporte SIANIEPS


UPGD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	% ENVIO	% OPORT
HSJD-PUERTO RONDON	SI	SI	SI	100%	100%
HSAT- TAME	SI	SI	SI	100%	100%
HSLA- ARAUQUITA	SI	SI	SI	100%	100%
HSJCN- CRAVO NORTE	SI	SI	SI	100%	100%
HSFF- FORTUL	SI	SI	SI	100%	100%

➤ Notificación de eventos de Interés en Salud Pública – SIVIGILA ESE Moreno y Clavijo a semana 39, casos a periodo epidemiológico 10 del 2023.

Durante las 39 semanas epidemiológicas del 2023, todas las Unidades Primarias Generadoras del Dato- UPGD, adscritas a la Red de la ESE Departamental de Primer nivel Moreno y Clavijo, evidenciándose el cumplimiento de los Lineamientos Nacionales de la Notificación de los Eventos de Interés en Salud Pública con un consolidado de 1805 notificaciones Individuales y 7030 casos de Notificación Colectiva (IRA- EDA-Brotes).

a. Notificación Colectiva:

Dentro de las Notificaciones Colectivas reportadas al SIVIGILA se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas- IRA con un total de 5.391 casos acumulados al finalizar

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 183 de 245

el tercer trimestre o decimo periodo epidemiológico, notificados por los diferentes hospitales y Centros de Salud, en primer lugar se encuentra el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 1739 casos, le siguen el Hospital San Antonio de Tame con 1621 notificaciones, con 904 casos el Hospital San Francisco de Fortul está en tercer lugar, el Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón reportó 531 casos de IRA, de igual forma los Hospitales de Cravo norte, el Centro de Salud de Panamá de Arauca y el centro de Salud Juan de Jesús Coronel realizan sus notificaciones semanales.

Otra de las Notificaciones colectivas son las Enfermedades Diarreicas Agudas- Eddas- que semana a semana se realiza la notificación al SIVIGILA, encontrándose en primer lugar el reporte del Hospital San Antonio de Tame con 553 casos, en segundo lugar el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 488 reportes, le sigue el Hospital San Francisco de Fortul con 370 reportes, en cuarto lugar encontramos al Hospital San Ricardo Pampuri con 76 casos, le siguen en su orden, el Hospital San Juan de Dios, el hospital San José de Cravo norte, el centro de salud de Panamá de Arauca y el Centro de Salud Juan de Jesús Coronel


Se reportaron 3 Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos en los hospitales SAN Lorenzo, San Antonio de Tame y Centro de Salud Juan de Jesús coronel con un total de 35 personas afectadas que fueron atendidos en estas instituciones y dos Brote de Varicela en el hospital san Antonio de Tame.

Tabla: Notificaciones Colectivas

EVENTOS	HSLA			HSAT			HSFF			HSRP		
	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE
MORBILIDAD EDA	89	157	242	164	195	194	100	111	159	24	23	29
MORBILIDAD IRA	410	645	684	373	509	739	188	356	360	54	76	85
BROTE ETA	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
BROTE VARICELA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

HSJCN			HSJD			CSJJC			CSPA			ACUMILADO		
1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	CASOS	TASA X MIL HB DPTO	TASA X MIL HAB RED
11	6	3	14	20	29	2	10	18	4	22	8	1634	5,36	11,73
45	53	83	176	240	115	2	12	17	19	78	72	5391	17,68	38,70
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0,01	0,02
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0,01	0,01

b. Notificación Individual.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 184 de 245

De los eventos de interés en Salud Pública de reporte individual se consolidan a periodo 10 un total de 1805 casos con una tasa de 12.96 por mil habitantes en los municipios que conforman la red hospitalaria y una tasa de 5.92 por mil habitantes a nivel departamental., observándose que la Enfermedad de Dengue es el Evento más notificado con un total de 670 casos, especialmente en los hospitales san Lorenzo de Arauquita con 215 casos con, de igual forma tiene un reporte de 181 casos para el Hospital San Antonio de Tame, 130 casos para el HSFF y 85 casos para el Hospital San Ricardo Pampuri, y 50 para el Hospital San José de Cravo Norte donde se observa un incremento del 100% de este evento.

Las violencias de género (370 casos) están en segundo lugar y las agresiones por Animales potencialmente transmisores de Rabia (296 reportes) son los eventos en segundo y en tercer lugar respectivamente.

La DNT en menores de 5 años tiene un reporte de 78 casos; en el Periodo 10 ya se tienen reporte de 28 casos de Sífilis Gestacional, un llamado a todos los que atienden a las maternas y es hacer seguimiento, tratamiento y todas las acciones necesarias para que estas gestantes no lleguen a una Sífilis Congénita. Que como se observa ya se tiene 3 reportes de Sífilis Congénita que, aunque no fueron diagnosticadas en nuestras instituciones, sí fueron maternas que estaban o deberían estar en los programas de maternas.

Los casos de Intento de Suicidio e Intoxicaciones tienen 59 y 43 casos reportados a periodo 10, por lo que se debe buscar alternativas para que no recaigan y lleguen a un suicidio.

Al realizar la verificación de los casos notificados por cada hospital y centro de salud se evidencia que el HSLA tiene un reporte total de 492 casos (146 primer trimestre, 187 casos en el segundo trimestre y 159 casos para el tercer trimestre), le siguen el HSAT con 484 casos (148 primer trimestre, 151 casos en el 2do trimestre y 185 casos para el 3er trimestre), San Francisco de Fortul tiene un consolidado de 309 notificaciones (76 primer trimestre, 115 casos en el 2do trimestre y 118 casos para el 3er trimestre), le siguen San Ricardo Pampuri con 191 reporte (51 primer trimestre, 68 casos en el 2do trimestre y 72 casos para el 3er trimestre) y HSJCN con 110 eventos (28 primer trimestre, 40 casos en el 2do trimestre y 42 casos para el 3er trimestre), los Centros de Salud y HSJD también han realizado la captación y reporte de casos de Eventos de Interés en Salud Pública captados con un acumulado de 101, 52 y 66 casos respectivamente.


Tabla: - Notificaciones Individuales

EVENTOS	HSLA			HSAT			HSFF			HSRP		
	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE
DENGUE	47	94	74	39	76	66	26	53	51	16	30	39
VIOLENCIAS DE GENERO	43	25	34	21	16	44	16	10	19	19	15	9

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN								GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN								Versión 01	
									Página 185 de 245	

AGRESIONES APTR	29	30	16	35	26	22	8	21	17	8	7	7
DESNUTRICION EN < 5 AÑOS	2	2	6	11	4	8	3	7	7	0	7	7
ACCIDENTE OFIDICO	1	2	12	0	6	4	3	4	6	2	2	1
INTENTO SUICIDO	2	3	1	7	6	10	4	4	4	1	1	4
VARICELA	2	1	0	7	4	8	2	2	2	1	0	0
INTOXICACIONES	3	3	4	3	2	6	4	3	4	3	0	1
CHAGAS CRONICO	1	1	1	5	1	2	1	2	1	0	1	0
ENFERM TRANS ALIMENTOS	0	6	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
SIFILIS GESTACIONAL	2	0	0	4	2	4	5	3	3	0	0	1
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN	1	4	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2
TUBERCULOSIS	2	2	0	4	0	2	2	2	1	0	0	0
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	2	4	1	3	0	2	0	0	2	0	0	0
VIH/SIDA	1	1	5	0	3	1	0	0	0	0	2	1
PAROTIDITIS	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	1	0
LEPTOSPIRA	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SARAMPION	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANCER DE MAMA	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
MORTALIDAD PERINATAL	0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0
MALARIA	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
LEPRA	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LEISHMANIASIS	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0
DEFECTOS CONGÉNITOS	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
TOSFERINA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
LESIONES X POLVORA	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
EVENTO ADVERSO VACUNACION	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
MENINGITIS	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
VIGILANCIA INTEGRADA DE MX < 5 AÑOS X EDA, IRA Y DNT	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ACCIDENTE LONÓMICO	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
SIFILIS CONGÉNITA (3 ARQ Y 2 F)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	146	187	159	148	151	185	76	115	118	51	68	72

EVENTOS	HSJCN			HSJD PR			CSJJC			CSPA			TOTAL ACUMILADO		TASA X MIL HAB RED
	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	TOTAL CASOS	TASA X MIL HB DPTO	
DENGUE	11	27	12	1	4	3	0	0	1	0	0	0	670	2,20	4,81
VIOLENCIAS DE GENERO	5	3	11	12	6	4	3	10	13	1	8	0	347	1,14	2,49
AGRESIONES APTR	4	3	1	5	8	5	4	14	8	7	3	8	296	0,97	2,12
DESNUTRICION EN < 5 AÑOS	1	1	5	0	2	1	1	0	3	0	0	0	78	0,26	0,56
ACCIDENTE OFIDICO	1	1	1	1	0	2	2	4	5	2	2	0	64	0,21	0,46

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN											GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN											Versión 01	
												Página 186 de 245	

INTENTO SUICIDO	0	0	4	1	2	0	0	2	0	1	1	1	59	0,19	0,42
VARICELA	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2	6	42	0,14	0,30
INTOXICACIONES	0	0	0	0	1	0	0	2	3	1	0	0	43	0,14	0,31
CHAGAS CRONICO	1	0	0	3	1	0	5	0	2	0	0	0	28	0,09	0,20
ENFERM TRANS ALIMENTOS	1	1	4	0	0	0	3	3	0	0	0	0	22	0,07	0,16
SIFILIS GESTACIONAL	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	28	0,09	0,20
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	17	0,06	0,12
TUBERCULOSIS	1	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	22	0,07	0,16
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	15	0,05	0,11
VIH/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	0,05	0,11
PAROTIDITIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0,02	0,05
LEPTOSPIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,01	0,03
SARAMPION	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	0,02	0,04
CANCER DE MAMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	0,02	0,05
MORTALIDAD PERINATAL	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0,02	0,05
MALARIA	0	1	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	11	0,04	0,08
LEPRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,01	0,02
LEISHMANIASIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,01	0,02
DEFECTOS CONGÉNITOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,01	0,01
TOSFERINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,00	0,01
LESIONES X POLVORA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,01	0,01
EVENO ADVERSO VACUNACION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,00	0,01
MENINGITIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,01	0,01
VIGILANCIA INTEGRADA DE MX < 5 AÑOS X EDA, IRA Y DNT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,00	0,01
ACCIDENTE LONÓMICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,01	0,01
SIFILIS CONGÉNITA (3 ARQ Y 2 F)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
TOTAL	28	40	42	24	26	16	18	41	42	17	16	19	1805	5,92	12,96

➤ **Vigilar el cumplimiento oportuno del envío de la Búsqueda Activa Institucional (BAI)**

Durante el Tercer trimestre el 2023 se realiza el reporte oportuno de las Búsquedas Activas Institucionales que tiene como finalidad Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por medio de identificar, recolectar y notificar información que permita el análisis y comprensión de las situaciones en salud, de acuerdo al comportamiento de estos eventos, para la toma de decisiones en las acciones de promoción, prevención y control de la Salud Pública de acuerdo a los Lineamientos Nacionales con el fin de Identificar casos de los Eventos de Vigilancia en Salud Pública que no fueron notificados al SIVIGILA.

Este procedimiento inicia con la recolección de datos de los eventos de interés en salud pública notificados al sistema de vigilancia SIVIGILA para planear las acciones de vigilancia en salud pública y finaliza con el análisis de la información en el Comité Municipal de Vigilancia en Salud Pública y la aplicación de acciones de mejora al procedimiento.

Las 8 UPGD adscritas a la Red se realiza semanalmente el envío de la BAI a la Unidad Notificadora Municipal quienes a su vez la transfieren a la UAESA quien verifica la información y en su momento si se encuentran eventos que cumplan con la definición de caso se hace el requerimiento a la UPGD a la que pertenece para que realice la revisión de la Historia Clínica para confirmar el caso y realizar la respectiva Notificación al SIVIGILA.

Plantilla Búsqueda Activa Institucional:

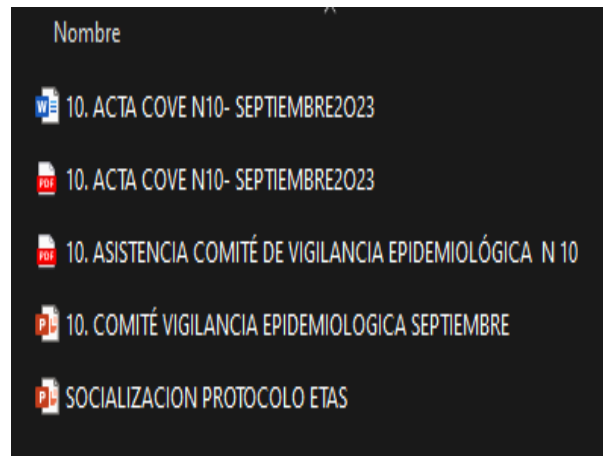
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DIRECCION DE VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA BAI FORMATO 2 INFORME CONSOLIDADO UPGD DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL EVENTOS DE ANEXO 01 A LINEAMIENTOS 2016												
Departamento o Unidad:		ARAUCA		FORTUL		UNIM UPGD:		ALCALDIA MUNICIPAL HOSPITAL SAN FRANCISCO				
Cabecera municipal/Centro poblado/Barrio-vereda/Localidad o barrio:												
Periodo a evaluar: Trimestre IV Año 2022												
Nombre del Responsable de la BAI: NIXA MORENO PERALZA		Correo Electrónico: salubpublicahtf@gmail.com		Teléfono: 3131-09								
BAI Realizada: Transmisibles: <input checked="" type="checkbox"/> No transmisibles: <input type="checkbox"/> Salud bucal: <input type="checkbox"/>		Fuente utilizada: RIPS: <input checked="" type="checkbox"/> EV: <input type="checkbox"/> LABORAT: <input type="checkbox"/>		Total de RIPS procesados: 1121								
Total de RIPS encontrados con Ds relacionados con EISP: 27												
RIPS ENCONT RADOS	Evento	CIE X	Descripciones CIE X diagnóstico relacionado	Número de Historia clínica relacionada	Número de Eventos encontrados en RIPS con BAI con la definición de caso	Eventos notificados previamente al Sivigila	Número de casos con muestra	Porcentaje de completeness	Clasificación del caso			Observaciones
									Declarado	Confirmado	Completado	
1	Varicela	B09	VARICELA SIN COMPLICACIONES	1	1	1	0	0%	0	1	0	
1	Sarampión	B09X	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA, CARACTERIZADA POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS	1	0	0	0	0%	1	0	0	
1	Evento Adverso Grave Posterior A La Vacunación	D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	1	0	0	0	0%	1	0	0	
3	Evento Adverso Grave Posterior A La Vacunación	D696	TELOMICROCIOPENIA ESPECIFICADA	3	0	0	0	0%	3	0	0	
1	Evento Adverso Grave Posterior A La Vacunación	I429	CARDIOMIOPATIA, NO ESPECIFICADA	1	0	0	0	0%	1	0	0	
4	Evento Adverso Grave Posterior A La Vacunación	I499	ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	4	0	0	0	0%	4	0	0	
11	Evento Adverso Grave Posterior A La Vacunación	I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	11	0	0	0	0%	11	0	0	
1	Evento Adverso Grave Posterior A La Vacunación	M009	ARTRITIS PIOGENA, NO ESPECIFICADA	1	0	0	0	0%	1	0	0	
3	Evento Adverso Grave Posterior A La Vacunación	N179	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA	3	0	0	0	0%	3	0	0	
1	Parotiditis	N459	ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS SIN ABSCESO	1	0	0	0	0%	1	0	0	
27	TOTALES			27	1	1	-	100	26	1	-	0

Fuente: Formatos BAI

➤ Funcionamiento de los Comités de Salud Pública:

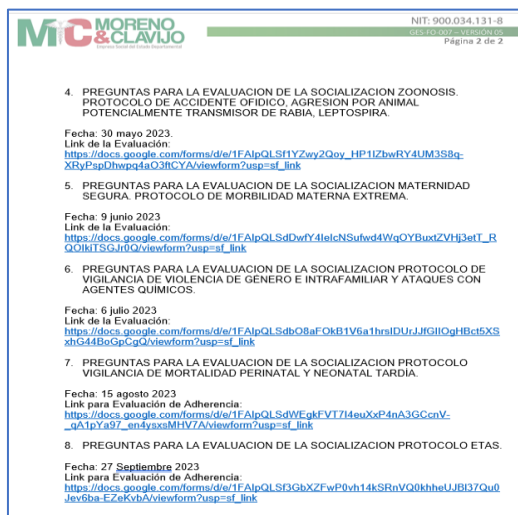
Durante el tercer trimestre en cada Hospital y Centros de salud realiza mes a mes los Comités de Vigilancia Epidemiológica y de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), donde se realiza el Análisis de los eventos de Interés en Salud Pública notificados al SIVIGILA, y de las atenciones en Salud que pueden afectar a los usuarios. Además, se realiza un Comité Institucional con todas los Hospitales y Centros de Salud dando operatividad al Comité de Vigilancia Epidemiológica, como lo define la Resolución 258 del 2021. Las Actas de los Comités de cada Institución se cargan a los Drive de las EPS y las Actas de los Comités Institucionales se envían a cada hospital.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 188 de 245



En cada Comité se realiza la Socialización de un Tema de Interés en Salud Pública y se completa con la adherencia al tema, por lo que cada tema o Protocolo socializado tiene su adherencia y su análisis de las respuestas al mismo. Encontrándose que todas las evaluaciones superan el 80% que es el porcentaje mínimo para no realizar Plan de Mejora.

Se tiene los Link de las Adherencias y los Análisis de los Resultados.



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01	
		Página 189 de 245

Nombre
1.1 ANALISIS EVALUACIÓN SOCIALIZACION ETV
2.1 ANALISIS EVALUACIÓN SOCIALIZACION TB
3.1 ANALISIS EVALUACIÓN SOCIALIZACION INMUNOPREVENIBLES
4.1 ANALISIS EVALUACIÓN SOCIALIZACION ZOOONOSIS
5.1 ANALISIS EVALUACIÓN SOCIALIZACION MATERNIDAD SEGURA
6.1 ANALISIS EVALUACIÓN SOCIALIZACION VIOLENCIA DE GENERO
7.1 ANALISIS EVALUACIÓN SOCIALIZACION MORTALIDAD PERINATAL
8.1 ANALISIS EVALUACIÓN SOCIALIZACION PROTOCOLO ETAS
ANALISIS SOCIALIZACION MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VEP-MA.001
ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL SOCIALIZACION ETV	Versión: 003
NIT: 900.304.131-8	Página 1 de 5

ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA DE LA SOCIALIZACION ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Módulo formulado en la plataforma Google Forms se realizó la adherencia de la Socialización del Protocolo del Evento de Interés en Salud Pública en este periodo se realizó el día ETV en los Comités de Vigilancia Epidemiológica a los funcionarios de la red insular de la ESE MYC.

La ESE Moreno y Clavijo, dando cumplimiento a la normatividad vigente, ha adoptado, implementado, socializado además del seguimiento a la adherencia a la Socialización del Protocolo de ETV realizado en el Comité de Vigilancia Epidemiológica Institucional.

Fecha: 10 de febrero 2023

Link para Evaluación de Adherencia:
<https://forms.gle/2Fnaa3z5bKAL48w8t8m5v0m27uKXqtmU8m0Hq9D1m>
<https://docs.google.com/forms/d/2Fnaa3z5bKAL48w8t8m5v0m27uKXqtmU8m0Hq9D1m/edit>

De los 17 funcionarios que realizaron la Evaluación se puede observar un promedio de 99,30% con las respuestas correctas. Por lo que se cumple con la meta de la evaluación que supera el 80%. Por lo tanto no se realiza plan de mejoría.




Al analizar cada una de las respuestas se observa que para la pregunta N°1:

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VEP-MA.001
ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL SOCIALIZACION ETV	Versión: 003
NIT: 900.304.131-8	Página 2 de 5


Señale Falso o verdadero la siguiente descripción: Las enfermedades transmitidas por vectores de importancia para salud pública son aquellas enfermedades infecciosas propagadas por algunos organismos, como por ejemplo insectos y parásitos, que transportan virus, parásitos y bacterias a humanos. Se obtiene un 100% de aciertos. (17/17)

1. Señale Falso o verdadero la siguiente descripción: Los enfermedades transmitidas por vectores de importancia para salud pública son virus, bacterias, parásitos e insectos a humanos. (17/17)



En la segunda pregunta: Se obtiene un resultado del 100% (17) de las respuestas fueron verdaderas. (17/17)

2. Señale Falso o verdadero la siguiente descripción: Un vector es un organismo vivo que transmite un agente infeccioso del ambiente infectado a un ser humano o a otro animal. (17/17)



En la tercera pregunta se observa que de los 17 funcionarios que realizaron la adherencia los 17 contestaron adecuadamente con un 100%. Por lo tanto, se obtiene un resultado de 17/17.

➤ **INDICADORES DE GESTIÓN.**

INDICADOR 1.

- **Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH.**

➤ Durante el tercer trimestre No se reportaron casos de niñas y niños menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH para la vigencia del 2023.


Análisis: Se evidencia que el indicador se mantiene estable, ya que no se presentaron casos de niñas y niños menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH durante este periodo evaluado.

INDICADOR 2.

- **Tasa de mortalidad perinatal.**

➤ **FORMULA:** (Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento) / (Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación 0 500 gramos o más de peso) * Por 1.000 nacimientos.

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL ESE MYC					
INSTITUCION	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	TOTAL ACUMULADOS	
	N° CASOS	N° CASOS	N° CASOS	N° CASOS	TASA
HSJC	1	0	0	1	166,67
HSJD	1	0	0	1	100,00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 190 de 245

HSLA	0	2	0	2	35,09
HSAT	0	0	2	2	16,00
HSFF	0	0	1	1	32,26
TOTAL	2	2	3	7	30,57

A tercer trimestre se reportan 7 casos: 2 Casos en el primer trimestre, 2 casos en el segundo trimestre y 3 reportes para el tercer trimestre para un total de 7 casos con una tasa de 30.57 por cada mil nacidos vivos. El HSJC reporta a la fecha un caso con una Tasa de 166.67 por mil nacidos vivos. El HSJD con un caso y una tasa de 100.00 por mil nacidos vivos, el HSLA reporta 2 casos con una tasa de 35.09 x mil NV, el HSAT tiene 2 casos notificados con una tasa acumulada de 16.00 x mil NV, y por último está el reporte del HSFF con un caso y una tasa de 32.26 x mil NV.

INDICADOR 3.

- Relación morbilidad materna extrema (MME)/ Muerte materna temprana (MM)


FORMULA: (Número de casos de MME) / (Número de casos de muerte materna (42 días)

Relación morbilidad materna extrema (MME)/ Muerte materna temprana (MM)							
INSTITUCION	1 TRIMESTRE		2 TRIMESTRE		3 TRIMESTRE		RELACION MME/MM
	Nº CASOS MME	MM	Nº CASOS MME	MM	Nº CASOS MME	MM	Nº CASOS
CSJC	0	0	1	0	0	0	1
HSAT	3	1*	0	1*	2	0	5
HSFF	0	0	0	0	2	0	2
HSLA	2	0	4	0	1	0	7
TOTAL	5	0	5	0	5	0	15

Para este indicador se tiene un acumulado de 15 casos de Morbilidad Materna Extrema y 2 casos de Mortalidad Perinatal. En el primer trimestre se reportaron 5 casos: 3 en el HSAT y 2 para el HSLA, en el segundo trimestre se reportan 4 casos por HSLA y 1 caso para el Centro de Salud Juan de Jesús coronel de Puerto Jordán, y en el tercer trimestre de 2023 se realiza la notificación de 5 casos de MME por el Hospital San Antonio de Tame 2 casos, 2 casos para el HSFF y 1 caso para HSLA.

En cuanto a las Mortalidades Maternas se tiene un acumulado de 2 casos, pero no fueron desenlaces de MME sino por otras causas y que no salieron de nuestras Instituciones. fueron notificados por otras instituciones.

La relación de MME (15) / MM (0)

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 191 de 245

INDICADOR 4

- **Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE**

Formula: Numero de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de Evaluación. Meta 0 casos.

Para el Tercer Periodo no se han presentado casos de Sífilis Congénita en las maternas atendidas en la ESE MYC. Pero en otros hospitales de segundo nivel si han notificado casos de los municipios donde la ESE tiene su red hospitalaria.

Resultados.

Durante el tercer trimestre de 2023 la Vigilancia Epidemiológica se ha realizado en cada uno de los Hospitales y Centros de Salud con la Captación de los casos de Interés en Salud Pública, que son Notificados en el Sistema de Vigilancia Nacional- SIVIGILA con una oportunidad del 100% ya sea con el reporte del sistema Escritorio o con el reporte en Línea con el Sivigila 4.0. La Operatividad de los Comités de Vigilancia Epidemiológica y los Comités de IAAS están realizados según el cronograma previsto desde inicio de año. Y los Reportes de las Búsquedas Activas Comunitarias realizadas de manera semanal y mensual según el caso de Interés en Salud Pública de seguimiento.

Conclusiones


- Se logra la consolidación de información para la Vigilancia epidemiológica y se realiza la Notificación al SIVIGILA con una oportunidad del 100% con la finalidad de dar a conocer el comportamiento de los Eventos de Interés en Salud publica en la Red hospitalaria de la ESE MYC.
- Se realizan acciones que desde la Vigilancia Epidemiológica con la finalidad de la operativización de los procesos como las BAIs Semanales y mensuales con la finalidad de buscar los Eventos que deban ser notificados.

3.5 CONSULTA EXTERNA

La atención de la consulta externa es una de las necesidades más solicitadas en el primer nivel, esta puede ser solicitada para diversas índoles de necesidad, pero principalmente consiste en el interrogatorio, valoración de para clínico y valoración física del usuario que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento.

Nuestra consulta esta comprendida de grandes rasgos se define como medicina preventiva, medicina general.

El proceso de consulta externa para nuestra entidad va centrado en el usuario teniendo en cuenta que la satisfacción de su atención hace posible que se generen expectativas de excelencia y aquellos indicadores de calidad para los que trabajamos cada día con el aporte de nuestros trabajadores de toda la red.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 192 de 245

ANÁLISIS: En el 3 trimestre se realizó un total de 30.121 atenciones en consulta externa, se observó que para el 2 trimestre hubo 34.195 para esta acción se obtuvo algunas dificultades falta de talento humano, actos relacionados con cese de actividades, circulación en el departamento de los usuarios del área rural que estuvieron afectados para recibir su respectiva atención agregado acciones notificadas por infracciones medicas en algunos municipios se observa que el talento humano tomo decisión de finalización de contrato por temor, a la fecha con un total de los 3 trimestres de 94.993 tal como se evidencia en la tabla según la sumatoria.

VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO 2023			
HOSPITALES / CENTROS DE SALUD	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	9.073	8.621	9.870
Hospital San Antonio de Tame	7.037	6.638	6.291
Hospital San Lorenzo de Arauquita	8.085	13.700	7.346
Hospital San Ricardo Pampuri	4.299	1.898	2.848
Hospital San Juan de Dios de puerto Rondón	1.015	998	942
Hospital San José de Cravo N	769	1.553	1.653
Centro Salud de Panamá de Arauca	112	432	314
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	287	355	857
Total	30.677	34.195	30.121
Total de trimestres			94.993

Fuente: informes de Gestión Instituciones


Análisis:

ODONTOLOGIA

- La odontología es una especialidad médica que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y trastornos que afectan la boca y los dientes. El odontólogo es el profesional que se encarga de brindar estos servicios y es un experto en el cuidado y tratamiento de los dientes, encías, lengua, mandíbula y otras estructuras de la boca.

La odontología abarca una amplia variedad de servicios, desde el tratamiento de caries y la realización de limpiezas dentales, hasta la realización de cirugías orales y la colocación de prótesis dentales. Los odontólogos también pueden ofrecer tratamientos de ortodoncia para corregir problemas de mordida y alineación de los dientes. Incluso procedimientos de blanqueamiento dental para mejorar la apariencia de los dientes.

- **Hospital San Francisco de Fortul:** Para el tercer trimestre del año 2023 el área de odontología registra un aumento en la producción debido a la masiva llegada de pacientes para inicio de sus tratamientos odontológicos, que se visualiza mayormente en el mes de septiembre. Las consultas de primera vez que se están realizando incluye las valoraciones de gestantes, valoraciones de prevención de usuarios de las EPS

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 193 de 245


Sanitas y Nueva EPS, igualmente se continua con la atención de urgencias y educación individual en salud por odontología.

PRODUCCION	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023	III TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	2499	2521	2955
NUMERO DE SESIONES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS	816	962	801
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0	0
SELLANTES APLICADOS	1949	1513	2089
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	2863	2671	3205
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	233	279	326
Total de los trimestres de consultas que contienen procedimiento.			7.975

- **Hospital San Antonio de Tame:** Se observa que la producción del tercer trimestre del año 2023 presentó un aumento en la mayoría de los procedimientos con respecto a la producción del primer y segundo trimestre del año 2023 en las actividades correspondientes a odontología e higiene oral. El aumento para el presente trimestre se debe al aumento de la demanda del servicio correspondiente al mes de septiembre

PRODUCCION	TOTAL, PRIMER TRIMESTRE 2023	TOTAL, SEGUNDO TRIMESTRE 2023	TOTAL, TERCER TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	1650	1705	2056
TELECONSULTA POR ODONTOLOGIA.	1401	1606	1903
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	2783	3180	3660
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	46	64	126
SELLANTES APLICADOS	1945	2087	1842
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	1591	2258	2149
EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	57	69	64
Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento.			5.411


- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Comparando el III trimestre con el II trimestre, se analiza que se presentó un aumento en casi todas las actividades realizadas en el área de odontología como fueron las valoraciones, numero de sesiones de odontología

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 194 de 245

(consultas control), superficies obturadas. En higiene oral hubo una disminución en cuanto a sellantes aplicados, pero dando cumplimiento a las metas de promoción y mantenimiento.

	PROCEDIMIENTOS	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023	III TRIMESTRE 2023
ODONTOLOGIA	CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	3236	3353	3.653
	NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	210	617	662
	TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	58	30	31
	SELLANTES APLICADOS	1798	2012	1775
	SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	1709	1720	1850
	EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	354	341	319
	Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento.			


- Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el segundo trimestre del 2023 se realizaron 3223 atenciones en los cuales se evidencio que se realizaron por consulta odontológica (2100), por Total de Tratamientos Terminados (17), Sellantes Aplicados (339), Superficies Obturadas (602), Exodoncias (123) y Pulpotomía y/o Pulpectomía (42). Según los datos se puede observar que en el segundo trimestre aumentaron las consultas odontológicas comparadas con el primer trimestre, observamos que hubo mayor compromiso de los usuarios por empezar y terminar sus tratamientos odontológicos; En comparación al trimestre anterior aumentaron las superficies obturadas en resina en dientes anteriores y posteriores, en este trimestre aplicamos la técnica de mostrarle al paciente sus dientes afectados y concientizarlo de la gravedad de la caries dental, lo cual ayudó a que los pacientes asistieran a realizarse sus tratamientos. Se espera seguir mejorando en la consulta, en la motivación y en la atención al usuario para brindar un buen servicio en el Hospital San Ricardo Pampuri de La Esmeralda en el área de odontología. Las citas odontológicas del segundo trimestre fueron 1238 y en el tercer trimestre se nota un aumento, con un total de 1295 consultas durante los tres meses, se observó un aumento a pesar de la semana que no contamos con la odontóloga.
- Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el trimestre se realizó un total de 1.290 procedimientos de odontología durante el trimestre. Evidenciándose que el 44% de los procedimientos fueron consultas, el 19% aplicación de sellantes, Exodoncias (cualquier tipo)5%, Superficies obturadas (cualquier material) 22%. El procedimiento que menos se realizó fu exodoncias.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 195 de 245

PRODUCCIÓN	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023	III TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	237	518	567
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	175	234	124
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0	0
SELLANTES APLICADOS	154	295	247
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	123	286	289
EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	29	73	63
Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento.			1.322

- Hospital San José de Cravo Norte:** Se puede evidenciar que en el transcurso del trimestre el número de consultas odontológicas se vio afectada por algunas fallas de equipos biomédico. El plan de mejora que se está realizando está relacionado con la demanda inducida para los procedimientos de PyM, con el fin de lograr máximo cumplimiento de las metas que requiere cada empresa de salud. Sin embargo, estamos sujetos al plan de contingencia que se estableció por la novedad que mencione anteriormente, lastimosamente nos vimos en la obligación de realizar unos ajustes que dejan el funcionamiento del área en un porcentaje menor al que se venía realizando en meses anteriores. Como estrategia para mejorar las metas se está realizando actividades extramurales con un equipo interdisciplinar según la normatividad de la resolución 3280.

PRODUCCIÓN	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023	III TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	805	501	529
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	2.309	1827	2031
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	14	72
SELLANTES APLICADOS	263	436	347
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	229	305	279
EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	17	43	52

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 196 de 245


Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento.	1.835
--	-------

- **Centro de Salud Panamá de Arauca:** Durante el tercer trimestre del año 2023, tampoco se logra cumplir las metas ya que no contamos con personal de planta disponible, se brinda servicio de procedimientos y valoraciones de odontología únicamente los miércoles de cada semana, con el apoyo del personal de odontología de Puerto Jordán dos días al mes y del Hospital San Lorenzo y Pampuri los miércoles restantes. Se realizaron un total de 176 consultas atendidas de odontología general y 61 consultas de odontología PYM.
- **Centro de Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán:** observamos que en las consultas de odontología para este tercer trimestral hubo un gran aumento, en comparación del trimestre anterior, teniendo en cuenta que al tener otro médico en consulta externa hay más cantidad de paciente y en el momento son canalizados y algunos aprovechan para sacar cita y pasar a la consulta odontológica, también radica en que el odontólogo se trasladaba 4 veces al mes para el centro de Salud de Panamá, ahora solo asiste 2 veces al mes. Sin embargo, como el flujo de pacientes aumento se están quedando muchos sin citas.

PRODUCCION	II TRIMESTRE 2023	III TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	360	643
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	159	263
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0
SELLANTES APLICADOS	0	0
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL	457	464
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	44	58
Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento.		1.003

SALA DE PARTOS

Nuestro servicio ofrecido a la comunidad es el significado de la estabilidad tanto emocional de una familia con la generación de la tranquilidad porque; el recibir un ser querido es dimensionar también el recurso económico que pueda generar durante los traslados a otras instituciones lejanas, es por eso que como institución se ha venido trabajando en fortalecer las infraestructuras, el talento humano con el fin que nuestras usuarias reciban la satisfacción de este significado del servicio, que la futura madre pase por una sala de trabajo de parto a una sala de parto y, después del parto, a una habitación en buenas


 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 197 de 245

condiciones para su proceso de amamantamiento y así mismo reciban el acompañamiento de sus familias teniendo en cuenta que es un paso importante para estabilidad y bienestar. Pero más sin embargo se observa afluencia en la atención en los centros de salud vinculados a nuestra red. En la siguiente tabla se relacionan los partos atendidos en las instituciones adscritas a la ESE MYC que durante III TRIMESTRE DEL 2023 se atendieron

VIGENCIA 2023			
HOSPITALES- PARTOS	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	11	15	12
Hospital San Antonio de Tame	57	46	38
Hospital San Lorenzo de Arauquita	25	18	28
Hospital San Ricardo Pampuri	6	4	1
Hospital San Juan de Dios	4	3	3
Hospital San José de Cravo N	2	0	6
Centro Salud de Panamá de Arauca	1	1	0
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	0	0	0
Total por cada trimestre	106	87	88
Totales de trimestres			281

Se observa en la tabla con los comparativos con los trimestres, y haciendo un análisis de posiciones se evidencia que donde hubo más procesos de partos para el Hospital San Antonio de Tame con un consecutivo durante los 3 trimestres con 141 partos en su totalidad, así mismo según orden de cantidades sería Hospital San Lorenzo de Arauquita con 71, ocupando un tercer lugar el Hospital San Francisco de Fortul con 38 partos durante los 3 trimestres reflejados, dejando así a los demás Hospitales como San Ricardo Pampuri con 11 partos, San Juan Dios de Puerto Rondón con 10, Cravo norte 8 partos, 2 para el centro de salud de Panamá y 0 para el Centro de Salud Juan Jesús Coronel, para una totalidad de 281 partos a la fecha.

- Hospital San Antonio de Tame:** El número de partos en TERCER trimestre del año 2023 con respecto al SEGUNDO trimestre del año 2023 disminuyó en un 4.9%. Siendo el mes de SEPTIEMBRE en donde se presentó mayor número de partos con un total de 14 partos para el mismo. Cabe destacar que se realiza la comparación entre los dos cuadros con los datos proporcionados y existe una diferencia entre el informe que se genera de manera manual y el informe realizado con base realizado en el sistema SALUD 360, en donde se observa que las cantidades de las actividades son mayores en el informe manual.
- Centro de Salud de Panamá:** No se tiene habilitado el servicio de partos, únicamente se atienden los partos que llegan en periodo expulsivo, para el tercer trimestre no se presentó ninguno.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 198 de 245

- Hospital San Ricardo Pampuri:** Según los datos suministrados por estadística se encuentran una disminución de partos atendidos, el cual fueron en el mes de JULIO (0), AGOSTO (0) y SEPTIEMBRE con (1). Siendo el mes con mayor número de partos. Para un total en el tercer trimestre de (1) Partos vaginales sin endometritis. Además, se evidencia que en el primer trimestre se presentaron más partos y en los diferentes meses.
- Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Según la del Hospital San Lorenzo de Arauquita se deduce que: Durante el tercer y segundo trimestre de 2023 se presentaron 46 partos intrahospitalarios (correspondientes al 100%), de los cuales en el tercer trimestre de 2023 se registró 28 casos (60,8 %), y en el segundo trimestre de 2023 se registraron 18 casos (21,6%). Se observó un aumento en cuanto a la incidencia de partos en aproximadamente el 21,6% (10 casos).
- Hospital San Francisco de Fortul:** Por medio de los análisis y estudios estadísticos en el tercer trimestre del presente año se realizó la atendido de 12 parto presentando un descenso del 25% respecto al trimestre anterior; este descenso puede estar relacionado que la mayor parte de las maternas que consultaron para la atención del parto eran partos de alto riesgo por tal razón se remitió a segundo nivel ya que en nuestra institución no hay ginecólogo y la complejidad de la institución no permite la atención de estos partos.

De estos partos atendidos en nuestra institución no se presentó ninguna complicación en el recién nacido ni en la puerpera y si se hubiera complicado alguna usuaria durante la atención la institución cuenta con personal calificado y entrenado para manejar la situación y equipo disponible de referencia para el traslado de paciente a segundo nivel de atención, se brinda educación a la madre sobre la importancia de la lactancia materna, signos de alarma para traer al recién nacido de inmediato al médico y antes del egreso se garantizó el método de planificación familiar teniendo en encuentra el criterio de elegibilidad; en la institución se atendió a las maternas con calidad, seguridad, oportunidad y atención humanizada y utilizando todas las medidas de protección personal y así mitigar el contagio por Covid 19 y las IAAS.
- Hospital San Juan de Dios de Rondón:** Durante el trimestre se presentó un total de 3 partos correspondientes a un 100%, encontrando que el 33% de los mismos fueron en cada uno de los meses correspondientes al trimestre.
- Hospital San José Cravo Norte:** Durante el trimestre hubo 6 partos institucionales los cuales genera acción oportuna en nuestra institución para las eventualidades que se presente con respecto a la ruta materno perinatal.

3.6 INFORME GESTION APOYOS DIAGNOSTICOS

❖ EXAMENES DE LABORATORIO:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 199 de 245


La idea del procesamiento de laboratorios es una gestión de contratos realizados ante las EPS, que se organizan con el fin de generar diagnósticos oportunos y tratamientos precoces que ayudan a todos nuestros usuarios estabilidad y bienestar.

La red de la ESE MORENO Y CLAVIJO está comprometida cada día a brindar servicios óptimos, seguros y efectivos.

HOSPITALES- CENTROS DE SALUD	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	21.840	17.610	20.646
Hospital San Antonio de Tame	33.118	53.716	47.622
Hospital San Lorenzo de Arauquita	42.355	42.254	49.291
Hospital San Ricardo Pampuri	12.016	11.335	12.387
Hospital San Juan de Dios Rondón	5.164	2.874	5.834
Hospital San José de Cravo N	4.452	1.016	2.932
Centro Salud de Panamá de Arauca	2.393	2.215	2.602
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	3.030	2.939	5.251
Total, por trimestre	121.975	133.959	146.565
Total, de laboratorios en la RED			402.499


Fuente: Informes de Gestión Instituciones

- ✓ **Hospital San Francisco de Fortul:** En el consolidado de procedimientos de laboratorio clínico correspondientes al TERCER TRIMESTRE del 2023 se puede observar una gráfica, donde mes a mes va en aumento la cantidad de laboratorios procesados mantiene la cantidad de procedimientos, con un comportamiento uniforme y un porcentaje con tendencia al aumento en cuanto a la variación mes a mes en dicha cantidad total de procedimientos realizados a la población asignada. Se trabaja en coordinación con las demás áreas y diferentes programas para dar cumplimiento a metas en su totalidad de los diferentes programas ofertados en nuestra institución. Cabe resaltar que se cuenta con insumos y equipos biomédicos necesarios para la demanda de pacientes atendidos. El personal de laboratorio trabaja de forma articulada con las demás áreas que realizan canalización de pacientes para los diferentes programas y brindar de esta manera, un mejor y oportuno servicio con calidad. Durante el tercer TRIMESTRE del año 2023 se observa que la cantidad de laboratorios realizados fueron un total de 20.646 donde el comportamiento nos muestra una variación alta en el porcentaje de los totales, en comparación con el trimestre anterior. Este tercer TRIMESTRE del 2023 se puede notar que la cantidad de procedimientos mes a mes se mantuvo con porcentajes muy uniforme, pero en mayor cantidad comparados con los meses anteriores, Esto debido al trabajo en equipo y al esfuerzo

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 200 de 245

que se hace en el área del laboratorio a pesar de que se requiere un bacteriólogo más en esta área. Se realiza canalización oportuna de pacientes desde el área de PyM, facturación y laboratorio, para dar cumplimiento con las metas establecidas en cada periodo, para los diferentes programas, es de resaltar que para este periodo se contó con los insumos y equipos biomédicos necesarios para poder realizar los procedimientos, y dar continuidad a los programas. se dio un aumento considerable en el servicio de urgencias, los cuales también aportaron para que el porcentaje de procedimientos aumentara en este periodo. Seguiremos trabajando de manera articulada, y en equipo, para brindar un servicio eficiente y con calidad a nuestros usuarios, pero se hace necesario la asignación de otro bacteriólogo en el servicio ya que la demanda de pacientes es muy alta en todas las dependencias y la insatisfacción por parte de ellos en cuanto a la atención inmediata esta aumentado cada día más, a pesar de los esfuerzos por atender la mayor población posible, al punto de formarse, altercados, desorden, agresiones verbales no solo para el personal que laboramos si no entre los mismos usuarios. Quedo atenta a una pronta respuesta positiva que pueda resolver el problema y aumentar el porcentaje de procedimientos y la satisfacción de los usuarios.

- **Hospital San Antonio de Tame:** En comparación con el segundo trimestre del año 2023, se evidencia una ligera disminución en el número de usuarios atendidos, y en el número de procedimientos realizados. Se trabaja en el nuevo software salud 360. Se evidencia mayor cantidad de exámenes por orden médica y mayor solicitud de órdenes de controles de los pacientes de urgencias y hospitalizados. También se evidencia aumento en el número de solicitudes médicas por paciente en el servicio de urgencias, lo cual se deja en seguimiento con el fin de evaluar la pertinencia médica por sus pares. Todo siguiendo los lineamientos para la atención en salud.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** para el tercer trimestre del año 2023 se observa un aumento en la producción con un total de 49291 exámenes procesados durante el tercer trimestre del año.
Se observa un aumento creciente en el tercer trimestre en los exámenes procesados en el servicio de laboratorio clínico ordenados por urgencias, promoción mantenimiento de la salud y consulta externa con respecto al segundo trimestre.
Se envían en el tercer trimestre a procesamiento de exámenes especializados 201 muestras, esto para dar cumplimiento a la subcontratación de especializados con Biosamar. Se envían 23 muestras para análisis de TSH neonatal a el laboratorio fronterizo y Biosamar, Se observa un aumento con respecto al segundo trimestre del año 2023.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** En general, al comparar el total del número de exámenes de laboratorio realizados en el primer trimestre y el segundo trimestre del año 2023; se puede evidenciar una disminución de 681 procedimientos realizados,

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 201 de 245

mientras que para el tercer trimestre se realizó un aumento de 1.052 con respecto al segundo trimestre en el laboratorio.

- **Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el trimestre se procesaron 5834 muestras, de las cuales el 49% fueron procesadas para el área de PYM; siendo el de mayor porcentaje. El 40% se consulta externa y el 9% en urgencias y el 2% en hospitalización siendo el de menor prevalencia.
- **Centro de Salud Juan Jesús coronel:** En la tabla anterior observamos el total de los exámenes realizados cada mes en todos los servicios, quedando mensualmente desglosado de la siguiente forma:


JULIO: URGENCIAS 123, PyM 736 y C EXT. 1002.

AGOSTO: URGENCIAS 201, PyM 777 y C EXT. 871.

SEPTIEMBRE: URGENCIAS 241, PyM 473 y C EXT 827.

Según información observamos que la producción de laboratorio en este tercer trimestre hubo un aumento significativo, esto debido a que en urgencias el medico ha estado ingresando más a los pacientes y en consulta externa ya contamos con otro médico el cual hace consulta externa y PyM, también tuvimos un apoyo de medico por parte del Hospital San Antonio de Tame por un mes y así logramos atender a muchos más usuarios. Se sigue manejando la misma estrategia que cuando el paciente viene a sacar cita para consulta externa, se canaliza y se le realizan los exámenes del programa y pasan a la cita con el médico, con sus resultados a la mano.

- **Centro de Salud Panamá de Arauca:** Se brinda el servicio de laboratorio de acuerdo a la disponibilidad de agenda para las citas, teniendo en cuenta que se debe brindar una atención integral al usuario, para el tercer trimestre se brindó el servicio de 2.602 procedimientos. De los cuales 2119 fueron las para las diferentes rutas de PYM, 36 procedimientos para particulares, 38 procedimientos para el servicio de urgencias y 409 para consulta externa. Teniendo en cuenta que para proceso se cuenta únicamente con el profesional de bacteriología sin apoyo de auxiliar, se solicita la contratación de personal de apoyo con el fin de lograr cumplir mayor nivel de metas en los programas de PYM.
- **Hospital San José de Cravo Norte:** De los datos consignados en la tabla podemos inferir: la productividad del mes de julio se redujo considerablemente, debido a la ausencia de profesional de bacteriología contratado en el área de laboratorio Clínico, a efecto de cumplir con los exámenes prioritarios, el laboratorio del Hospital San Juan de Dios del municipio de Rondón presto apoyo para el procesamiento de los mismos. Ahora bien, una vez se incorpora el profesional en el mes de agosto la productividad sufre un incremento, debido a la oportunidad de ofrecer el servicio para procesamiento y validación in situ. Al final del trimestre (septiembre) la tendencia del incremento permanece.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 202 de 245

❖ IMÁGENES DIAGNOSTICAS:

Los hospitales en donde se encuentra habilitado de la Red ofrecen el servicio de imágenes diagnosticas como apoyo de identificación de patologías presuntas. Los centros de salud no prestan este servicio.


En la tabla siguiente se relacionan desde el 1 trimestre del 2023, con un total de 7.458 en el 2 segundo trimestre se observa 8.574 un aumento razonable con proyección de diagnósticos oportunos tanto para los servicios de urgencias, hospitalización y Consultas Externas. Y en el 3 trimestre se observa 1.830. Lo que deja en manifiesto un total de imágenes diagnosticas proyectadas en la necesidad de los usuarios de 24.819.

HOSPITALES- IMÁGENES DX	TOTAL, I TRIMESTRE 2023	TOTAL, II TRIMESTRE 2023	TOTAL, III TRIMESTRE 2023
Hospital San Francisco de Fortul	1.807	1.636	1.830
Hospital San Antonio de Tame	2.551	4.037	4.114
Hospital San Lorenzo de Arauquita	1.917	1.569	1.734
Hospital San Ricardo Pampuri	595	594	656
Hospital San Juan de Dios de Puerto R	392	537	345
Hospital San José de Cravo N	198	201	108
Centro Salud de Panamá de Arauca	0	0	0
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	0	0	0
Total, por trimestres	7.458	8.574	8.787
Total, de trimestres hasta la fecha de 2023			24.819

Fuente: Informes de Gestión Instituciones


Análisis:

- ✓ **Hospital San Antonio de Tame:** Se observa un incremento en el número de estudios de RX, a través de los tres periodos mensuales en el último trimestre de la vigencia 2023.
- ✓ **Centro de Salud de Panamá:** El servicio de Imágenes no se encuentra habilitado en centro salud Panamá.
- ✓ **Centro de Salud Juan Jesús coronel:** Este servicio no se encuentran disponible en este centro.
- ✓ **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** La tabla nos muestra un aumento en el tercer trimestre del año en curso de 10.5%, en la prestación de procedimientos en el área de radiología e imágenes diagnósticas, es de mencionar que cuando hay jornada de mamografías el servicio de radiología solo por el servicio de urgencias, disponibilidades son oportunas al llamado por lo que los médicos de urgencias han hecho un uso más significativo del servicio los fines de semana.
- ✓ **Hospital San Francisco de Fortul:** En el trimestre III del 2023 se realizaron un total de 1830 radiografías, de las cuales 1439 se realizaron por el servicio de consulta externa correspondiendo al 78.6 %, siendo este el ámbito por donde más se solicitan estos procedimientos, seguido con 362 radiografías el servicio de urgencias con el 19.8%,

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 204 de 245

según lo gestionado también en instituciones que sumaron atenciones que en el anterior trimestre.

- Hospital San Francisco de Fortul:** Según los datos estadísticos en el (3) trimestre de 2023, en el área de terapia respiratoria, se realizaron 14 sesiones, se ve afectado el servicio debido a la demora en las autorizaciones de las EPS. Se hace énfasis a los usuarios que son atendidos en el consultorio en el distanciamiento social, lavado de manos con frecuencia, uso De tapabocas siempre.
- Hospital San Juan de Dios Rondón:** Para este periodo se realizaron 21 terapias respiratorias arrojando a la oferta del servicio y así mismo generando atención a la necesidad solicitada por el usuario.
- 2 Centro de Salud (Panamá- Jordán):** Según los datos estadísticos en el segundo trimestre del 2023, en el área de terapia respiratoria, no se realizaron terapias respiratorias en los diferentes servicios de la institución siguiendo lineamientos contractuales con las diferentes EAPB que hacen presencia en la región. Se hace énfasis a los usuarios que son atendidos en el consultorio en el distanciamiento social, lavado de manos con frecuencia, uso de tapabocas siempre.
- Hospital San Antonio Tame:** Durante el **TERCER trimestre del año 2023**, hemos intentado aumentar las cifras de realización de terapias respiratorias, teniendo en cuenta que ya está en funcionamiento la salas ERA, con todos los protocolos de bioseguridad para la ejecución de los procedimientos que competen a la rehabilitación de las vías aéreas, conforme las estadísticas podemos notar que mes a mes se ve reflejado el incremento de la producción en cuanto a terapias respiratorias se refiere, no obstante se siguen presentando barreras para su realización; pero no es un impedimento para seguir ejecutando a cabalidad las actividades que pertenecen al área de terapia respiratoria, además de ello se cumple con la disponibilidad mes a mes para así tratar de no dejar la realización de las terapias durante el fin de semana. Existe una diferencia entre el informe que se genera de manera manual y el informe realizado con base realizado en el sistema SALUD 360, en donde se observa que las cantidades de las actividades son mayor en el informe manual.
- Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Se observa que durante el II trimestre y III trimestre de años 2023 la mayor producción se presentó en el III Trimestre con un 65.9 % seguido del II trimestre con un 34.1 % Cabe anotar que el procedimiento más facturado son las nebulizaciones, luego las terapias que el debería ser viceversa. Las terapias son canalizadas solo por la doctora Clara y Luis plata


 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 205 de 245

- Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el tercer trimestre del año 2023, en relación con el segundo trimestre en el área de terapia respiratoria, se evidencia incremento de los procedimientos en relación con el segundo trimestre 90.4% al igual que los procedimientos de terapia física, la EPS, NUEVA EPS Y LA ESE MYC, no tiene contratado los servicios de terapia respiratoria, aun así a los pacientes del área de hospitalización se les presta el servicio, sin que se cobre a la eps, generando gastos para la entidad, pues no resulta conveniente que el paciente debe desplazarse hasta la cabecera municipal para realizar la autorización del procedimiento estando hospitalizado, y la institución hospitalaria ofertando el procedimiento. Es de conocimiento de dirección y área de facturación de la ese de la prestación de este procedimiento en este servicio.
Se sigue con la continuidad de prestar los procedimientos de terapia respiratoria a los usuarios de la EPS NUEVA EPS, que estén en el área de hospitalización de nuestro hospital.
- Hospital San José Cravo Norte:** En el III trimestre se realizaron 10 terapias respiratorias y 240 físicas se realizan según la demanda ordenada por los médicos, contamos con un profesional contratado 15 días por mes.

TERAPIA FÍSICA


TERAPIAS FISICAS				
	HOSPITLALES- CENTROS DE SALUD	1 TRIMESTRE 2023	2 TRIMESTRE 2023	3 TRIMESTRE
1	HSFF- FORTUL	691	361	756
2	HSRP- ESMERALDA	430	397	1.314
3	HSTA- TAME	235	184	1219
4	CSPA- PANAMA	0	0	0
5	CSJJC- PTO JORDAN	0	0	0
6	HSJD- RONDON	211	366	302
7	HSJCN- CRAVO NORTE	194	18	240
8	HSLA- ARAUQUITA	1.037	1.147	972
Total, por trimestre		2.798	2.473	4.803
Total, de trimestres a la fecha de finalizar el 2023				10.074

Análisis: En el (II) trimestre de 2023, según las gráficas de la estadística se observa 4.803 sesiones, en la ESE departamental moreno y Clavijo, La fisioterapia, también conocida como terapia física, es una disciplina de ciencias de la salud que ofrece tratamiento y rehabilitación física para diagnosticar, prevenir y tratar síntomas. Este se enfoca en mejorar las habilidades motrices finas y gruesas, el equilibrio, la coordinación, la fuerza y la resistencia. Las habilidades motrices gruesas incluyen actividades que utilizan los músculos

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 206 de 245

más grandes del cuerpo, como rodar, caminar, correr o saltar, para el año 2023 se deja evidenciar la totalidad de los servicios prestados en terapia física 10.074.

- **Hospital San Antonio Tame:** Se observa un incremento sustancial en el tercer trimestre con relación al segundo, ya que se ha venido revisando la fuente de la búsqueda, con el fin de minimizar el margen de error que nos está generando esta información.
- **Hospital San Francisco de Fortul:** En el tercer trimestre (III) de 2023, según estadística se observa 756 sesiones, se registra un aumento en la producción de este servicio con respecto al segundo trimestre del año 2023, debido a la asistencia de usuarios del régimen subsidiado de la EAPB Sanitas, NUEVA EPS, se atienden usuarios de SOAT pero los usuarios son muy ocasionales, se espera mejore la contratación para el servicio de fisioterapia los próximos meses del año, se hace educación individual, atención humanizada, con calidad, seguridad, autocuidado, responsabilidad.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** En el análisis del segundo y tercer trimestre del año 2023, se puede observar que: Comparando el II Trimestre y el III trimestre del año 2023 el mayor flujo de pacientes fue en el II trimestre representados en un 55%, mientras que el III trimestre obtuvo un 45%. Al observar estos dos trimestres del 2023 se puede evidenciar que el mayor número de terapias físicas es por el servicio de consulta externa con un 100% respectivamente.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el tercer trimestre del año 2023, en relación con el segundo trimestre en el área de terapia física y rehabilitación se evidencia aumento de los procedimientos 94.6 % con algunos factores que influyen en la prestación del servicio por ejemplo la falta de contratación por parte de la ESE MYC con la EPS NUEVA EPS; de manera contraproducente estos pacientes deben trasladarse hacia la cabecera municipal para recibir el tratamiento, en algunos casos desisten de estos procedimientos por escasez de la economía para los desplazamientos. Debemos añadir que nuestra población del área rural y urbana en un 80% aproximadamente pertenece a la EPS NUEVA EPS.
- **Hospital San Juan de Dios:** Durante las 302 terapias físicas, durante el mes de septiembre se realizaron 122 correspondiente al 37.5%, 108 terapias durante el mes de julio interpretando el 33.2% y en agosto se realizaron 72 terapias siendo esto el menor valor de los porcentajes generados durante el 3 trimestre del año 2023.
- **Hospital San José Cravo Norte:** En el III trimestre se realizaron 10 terapias respiratorias y 240 físicas se realizan según la demanda ordenada por los médicos, contamos con un profesional contratado 15 días por mes.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 208 de 245

ANALISIS 3 TRIMESTRE: Para este trimestre se dio la sumatoria de 98 acciones inseguras las cuales por medio de procesos de comités según resolución 259 del 21 de septiembre de 2021 se expresa a todos los funcionarios de la RED ESE MORENO Y CLAVIJO, Para este trimestre se analizaron los siguientes casos, 3 de administración de medicamentos en el servicio de urgencia 2 de nueva Eps y 1 de sanitas, 1 caída en el servicio de hospitalización 2 reingresos en el servicio de urgencia en menos de 72 horas, se viene trabajando en cada una de las instituciones estrategias de mejora en toda la red institucional.


OBSERVACION FINAL RESULTADO: Para el trimestre se totaliza así 98 acciones inseguras reportadas / 3 acciones categorizadas incidente o evento adverso.

Resultados en cada Hospital se realiza la referenciación del trabajo mancomunado y apoyado por todos los trabajadores esto con el fin de la mejora continua de nuestras instituciones.

3.7 INFORME GESTION REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Las cifras para el III trimestre del 2023 siguen siendo números que impactan las actividades de nuestras instituciones, dentro de los traslados a ejecutar se vela porque sean bajo los criterios y estándares necesarios con el fin de evitar gastos innecesarios.

	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	15	16	13	44
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	45	52	41	138
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	24	11	22	81
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	34	21	27	82
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	619	318	301	1238

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 209 de 245

HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	280	199	183	662
HOSPITAL SAN FRANCISCO	91	79	91	270
TOTAL	1.108	696	678	2.515

CONCLUSIONES

Con el servicio de referencia y contra referencia le brindamos a nuestros usuarios la atención de traslados de APH que son traídos desde sus casas o recogidos hasta nuestros hospitales y centros Asistenciales y a los diferentes Hospitales de segundo nivel como lo son Hospital san Vicente de Arauca y Hospital del Sarare y entre la misma red hospitalaria al hospital san Antonio de Tame durante el tercer trimestre hubo un promedio de 2515 remisiones a diferentes hospitales.


Se puede evidenciar que durante el tercer trimestre el hospital san lorenzo de Arauquita presento una elevación significativa en cuanto al proceso de remisiones en el departamento de Arauca.

3.8 INFORME GESTION FARMACIA Y APOYO TERAPEUTICO

ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, MEDICAMENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO.

Se realiza adquisición por compraventa y suministro de medicamentos de Control, Medicamentos de Planificación Familiar y Material Médico Quirúrgico según necesidades de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la entidad. Dichas compras cumplieron para su entrega con las especificaciones requeridas, condiciones físicas y técnicas solicitadas por los diferentes entes de control.

VIGENCIA	TIPO DE CONTRATO	NO DE CONTRATO	CONTRATISTA	REPRESENTANTE LEGAL	OBJETO DEL CONTRATO	SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO
----------	------------------	----------------	-------------	---------------------	---------------------	--------------------------	--------------------

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 210 de 245

2023	Compraventa	002-0020 de 2023	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA	ERIKA PARALES PEREZ	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS MONOPOLIO DE CONTROL ESPECIAL DE USO HUMANO Y RECETARIOS OFICIALES, PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE MORENO Y CLAVIJO	19/07/2023	SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTI OCHO MIL PESOS ML/CTE. (\$ 6.228.000)
	Suministro	003-0034 de 2023	INSUMMEDICAL S. A. S	LEIDY PAOLA DURAN GARCIA	SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO.	9/08/2023	CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS ML/CTE (\$499.988.720)
	Compraventa	002-0024 de 2023	ASOCIACIÓN PROFAMILIA	ADRIANA GUZMÁN AVILA	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO.	24/08/2023	CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS (\$59.431.200)

TABLA No 1

ADQUISICIÓN	2023
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	\$ 499.988.720
MEDICAMENTOS	\$ 65.659.200

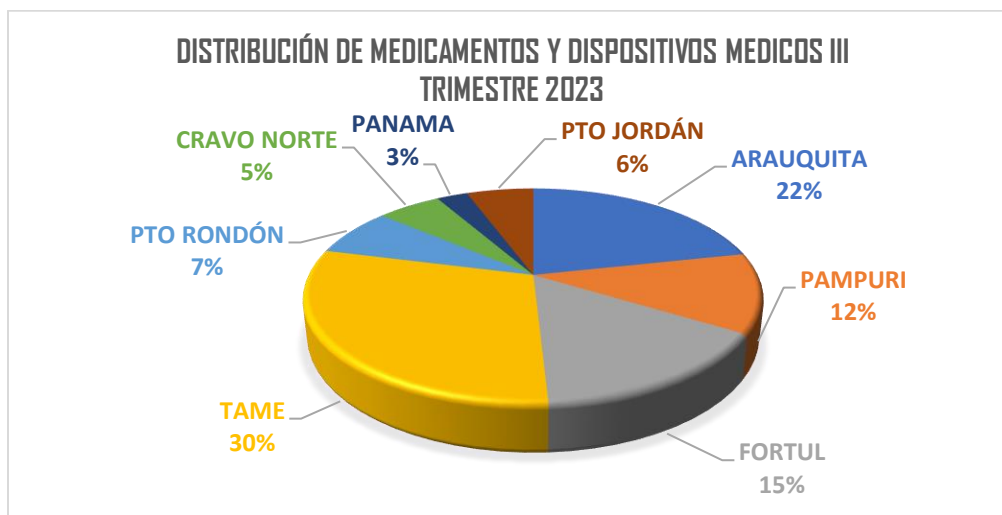
Se deja relación de los medicamentos y dispositivos médicos que no se dispensaron en su totalidad durante este trimestre debido al desabastecimiento existente a nivel nacional.

- ✓ Sulfato Ferroso Suspensión
- ✓ Acetaminofén Jarabe
- ✓ Nifedipina 10mg Capsula
- ✓ Jelcos Catéter (marca Braun)
- ✓ Lactato de Ringer

DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS POR SEDE CENTRAL SEGÚN NECESIDADES DE CADA HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD.

La distribución de los medicamentos y dispositivos médicos, se realiza de manera mensual por parte de la sede central de la Moreno y Clavijo, a continuación, se muestra la sumatoria de la distribución total según solicitud de necesidades de cada hospital y centro de salud.

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	Total
1	ARAUQUITA	\$ 36.553.358	\$ 39.616.011	\$ 31.149.812	\$ 107.319.181
2	PAMPURI	\$ 17.725.341	\$ 23.943.349	\$ 18.165.959	\$ 59.834.649
3	FORTUL	\$ 23.194.506	\$ 31.338.078	\$ 22.119.608	\$ 76.652.192
4	TAME	\$ 51.144.206	\$ 53.438.991	\$ 43.377.599	\$ 147.960.796
5	PTO RONDÓN	\$ 10.408.759	\$ 15.189.859	\$ 10.751.979	\$ 36.350.597
6	GRAVO NORTE	\$ 10.489.359	\$ 6.616.388	\$ 9.753.320	\$ 26.859.067
7	PANAMA	\$ 4.524.757	\$ 3.819.231	\$ 4.734.942	\$ 13.078.930
8	PTO JORDÁN	\$ 4.713.910	\$ 14.319.641	\$ 9.181.194	\$ 28.214.745
					\$ 496.270.157

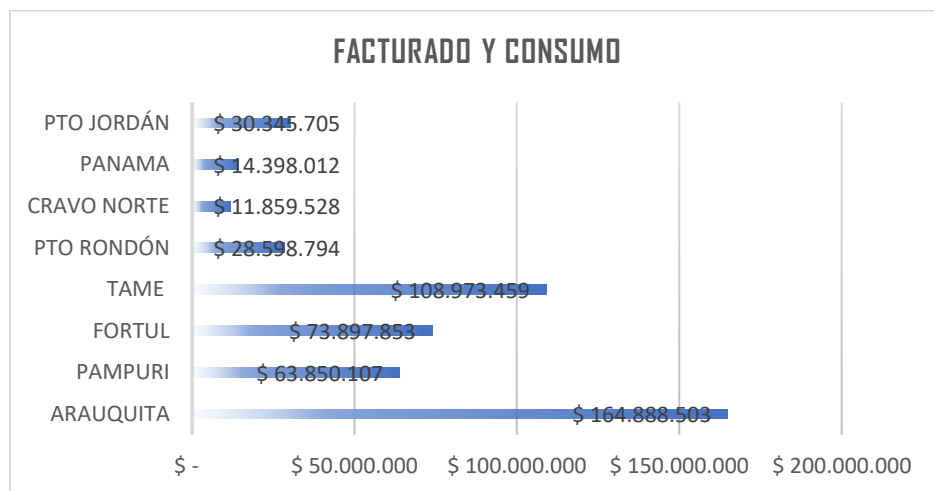


Se observa que el Hospital San Antonio de Tame con un 30% es quien mayor mercancía recibe durante el mes, esto debido a que cuenta con los servicios que se ofertan por la Institución tales como Cirugías ambulatorias (Pomeroy y Vasectomía), además del incremento en la población atendida por cápita y por evento, seguido por los hospitales de Arauquita y Fortul.

SEGUIMIENTO DE CONSUMO Y FACTURADOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS POR SEDE CENTRAL SEGÚN NECESIDADES DE CADA HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD.

Se realiza seguimiento y registro a las salidas que generan los Hospitales y Centros de salud en cuanto a su facturación y salidas de los medicamentos y dispositivos médicos entregados por consumo.

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	Total
1	ARAQUITA	\$ 52.665.961	\$ 59.279.321	\$ 52.943.221	\$ 164.888.503
2	PAMPURI	\$ 20.254.703	\$ 25.177.119	\$ 18.418.285	\$ 63.850.107
3	FORTUL	\$ 21.808.545	\$ 28.627.874	\$ 23.461.434	\$ 73.897.853
4	TAME	\$ 35.684.836	\$ 45.822.845	\$ 27.465.778	\$ 108.973.459
5	PTO RONDÓN	\$ 10.567.508	\$ 9.836.784	\$ 8.194.502	\$ 28.598.794
6	CRAVO NORTE	\$ 4.625.365	\$ 4.187.786	\$ 3.046.376	\$ 11.859.528
7	PANAMA	\$ 6.335.092	\$ 3.550.589	\$ 4.512.331	\$ 14.398.012
8	PTO JORDÁN	\$ 9.012.103	\$ 13.056.095	\$ 8.277.507	\$ 30.345.705
					\$ 496.811.961

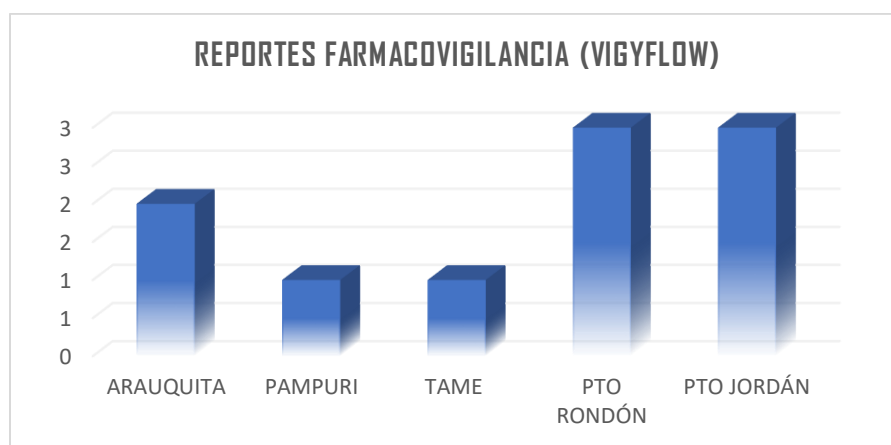


Se observa en la tabla que la facturación del Hospital San Lorenzo de Arauquita es la más alta, seguida del Hospital de Tame, se puede observar que se debe realizar un seguimiento al proceso realizado en la facturación del Hospital de Tame ya que no concuerda con la información que se genera en sus valores de las solicitudes de pedidos ya que es mayor a lo que se factura.

SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA.

Se realiza seguimiento al programa Institucional de Farmacovigilancia, el cual entre sus objetivos tiene como fin la identificación, evaluación y gestión de los reportes de eventos o reacciones adversas asociados con la seguridad de los medicamentos una vez salen al mercado y finalizan con su administración en cada uno de nuestros pacientes de la red hospitalaria o su salida por vencimiento. A continuación, se relacionan los reportes realizados durante el III trimestre.

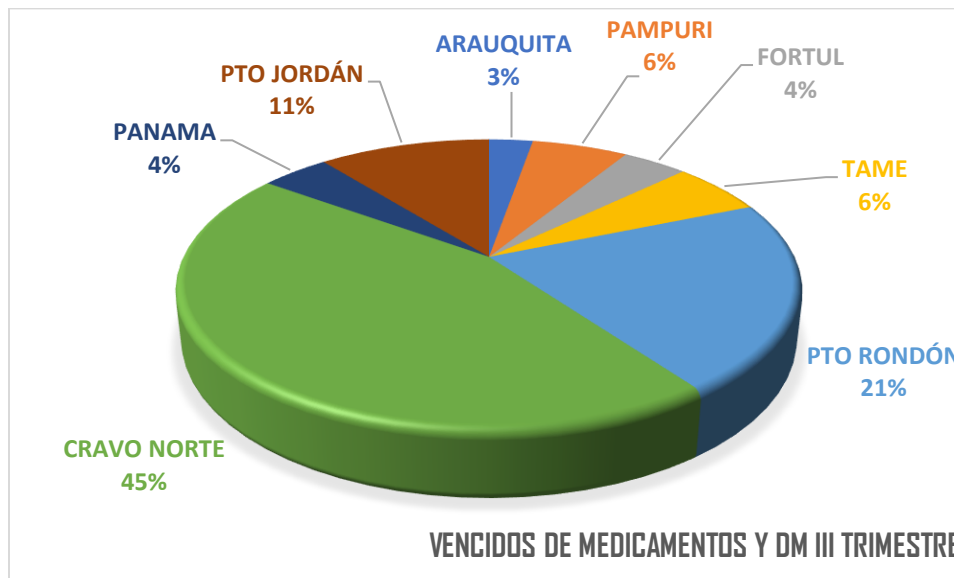
ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	Total	EPS
1	ARAQUITA				2	NUEVA EPS
2	PAMPURI				1	NUEVA EPS
3	TAME				1	NUEVA EPS
4	PTO RONDÓN				3	(2) NUEVA EPS Y SANITAS
5	PTO JORDÁN				3	NUEVA EPS Y (2) SANITAS




Pese a la información entregada al personal de toda la Red Hospitalaria sobre el programa de Farmacovigilancia, se continúa con la no cultura del reporte oportuno, para este trimestre solo 4 hospitales y 1 centro de salud realizó reportes en la plataforma del Vigiflow, reportes los cuales se les realizó análisis por la Líder del Programa de Seguridad del Paciente.

SEGUIMIENTO A LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS VENCIDOS EN LA RED HOSPITALARIA.

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	Total
1	ARAUQUITA	\$ 228.650	\$ 45.200	\$ 141.600	\$ 415.450
2	PAMPURI	\$ 26.800	\$ 522.262	\$ 362.071	\$ 911.133
3	FORTUL	\$ -	\$ 243.360	\$ 374.540	\$ 617.900
4	TAME	\$ 93.267	\$ 282.369	\$ 516.810	\$ 892.446
5	PTO RONDÓN	\$ 1.497.087	\$ 959.143	\$ 773.870	\$ 3.230.100
6	CRAVO NORTE	\$ 3.796.500	\$ 882.696	\$ 2.137.273	\$ 6.816.469
7	PANAMA	\$ 319.240	\$ 108.100	\$ 221.480	\$ 648.820
8	PTO JORDÁN	\$ 1.318.858	\$ 117.116	\$ 190.800	\$ 1.626.774
					\$ 15.159.092



Se realiza reporte de los medicamentos y dispositivos medicos dados de baja por vencimiento o deterioro. Se evidencia un incremento del 45% en el Hospital San Jose de Cravo norte para este III trimestre, debido a que por su distancia con los otros Hospitales y Centros de salud no tiene una buena rotación. Como observación se deja que el

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 215 de 245

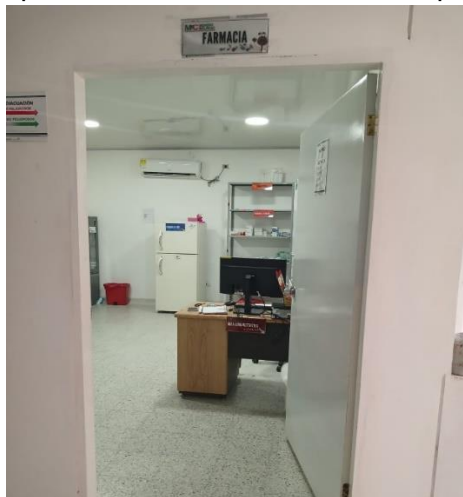
Medicamento Vitamix Suplemento dietario en Polvo, no tuvo el consumo esperado y su vencimiento hizo que se incrementara el valor del registro de vencidos en lo que va del año.

CUMPLIENTO A LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 – ESTANDAR DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS.

Se da a conocer lo que se entregó durante este III trimestre, logrando subsanar hallazgos según normatividad que le aplica al servicio farmacéutico. Los Gaveteros no se entregaron al Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón y al Centro de Salud de Puerto Jordán debido a que su infraestructura es nueva y no eran requeridos en dichos servicios.

Las alarmas de Humo se entregaron a todos los Servicios Farmacéuticos de la Red, queda pendiente la instalación de las mismas en las áreas donde se cuento con un stock de medicamento y dispositivos médicos.


Los kits para la recolección de muestras forenses, fueron entregados uno (1) por Hospital y centro de salud, con el fin de subsanar hallazgos, cabe aclarar que farmacia no es responsable de la documentación que se requiera para finalizar dicho proceso.



Hospital San Francisco de Fortul



Gaveteros

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 216 de 245



Alarmas de Humo



Elementos del Kit Forense

3. CONCLUSIONES:


CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN JOSE CRAVO NORTE

ACCIONES REALIZADAS:

- Las EPS como sanitas, nueva EPS, Foscal y Medisalud actualizan bases de datos de sus usuarios de manera mensual.
- Se registran todos los usuarios migrantes en las plataformas de migración Colombia, sire migración Colombia reporte de atención de urgencias, verificación del estado de afiliación en la página RUMV, de acuerdo a su estado actual de permanecía en nuestro país se afilia en la plataforma mi seguridad social SAT.
- Todos los accidentes de tránsito son registrados inmediatamente en la plataforma nacional SIRAS Sistema Nacional de reportes de accidentes de tránsito.
- Se consigán semanal enviando arqueo de caja y recibo de consignación con el respectivo informe de relación del software 360.
- Diariamente las facturas y pre facturas son auditadas un 100% y las de evento son enviadas a la Dian se descargan, escanean y se arman paquetes por EPS.
- Se factura el 100 % de los servicios prestados en el mes.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

- Se socializa el comité de facturación los primeros 5 días de cada mes.
- Diariamente se hace demanda inducida al usuario y la importancia de asistir y participar a los diferentes programas de promoción y mantenimiento.
- Se factura el 100% de los servicios prestados en la institución diariamente.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 217 de 245


CONCLUSIONES:

- Nuestra IPS genera relevancia en la región en materia de cobertura, atención general, actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud (algunas especializadas), los niveles de desempeño la mayoría se presentan en sentido positivo y creciente, llegándose a considerar como fortalezas las actividades extramurales y equipos básicos, el servicio de urgencias, servicios de odontología y como relevante el mejoramiento de cumplimiento de indicadores del programa PyM.
- Se recomienda fortalecer la vigilancia de los eventos adversos. Habilitar el cuarto de residuos sólidos ya que estos se tienen en un lugar no adecuado sin ninguna seguridad lo que puede ocasionar contaminación ambiental en la institución.
- Terminar y habilitar la morgue transitoria.
- Trasladar el servicio de odontología a la nueva instalación del hospital ya que se presentan quejas de parte de los usuarios por las condiciones de la infraestructura del lugar y no poder contar con esta atención en la misma sede donde vienen a recibir otros servicios.
- Se mejoró la oportunidad y accesibilidad de la atención en salud en todos los servicios, logrando calificación óptima, fomentando el trabajo humanizado y el respeto hacia los usuarios, dentro y fuera de la institución.

CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

- Durante el III trimestre del año 2023, se venido avanzando en cuanto el mejoramiento de la infraestructura de la institución, como es mejoramiento de paredes, impermeabilización de la viga canal del techo del de diferentes áreas, recuperación de espacios.
- Los primeros diez de cada mes se realizan de los comités de ética hospitalaria donde se evalúa cada servicio en pro de idear propuestas y seguir mejorando cada uno de los procesos asistenciales y administrativos Se realiza mensual comité con la asociación de usuarios, donde se evalúa la atención de los mismos para idear propuestas de mejora en cuanto a la atención, Además, se realizan jornadas de embellecimiento en la parte interna y externa con el apoyo del talento humano.
- Participación a la semana de la lactancia materna.
- Participación semana Andina.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 218 de 245

CONCLUSION:

Atención de la población distante del Municipio de Arauquita y zonas de influencia:

Se llevó a cabo brigadas de salud institucional a las zonas más alejadas y de difícil acceso de nuestra área de influencia como es la Vereda Pesquera, arenosa, Panamá, santa Isabel, la conquista y caña brava.

El cual se captaron usuarios para programas de Promoción y Prevención. Ya que se brindaron los siguientes servicios: Higiene oral, Crecimiento y desarrollo, higiene oral, odontología, medicina general, y entrega de medicamento.

CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON


- Se evidencia un aumento en el porcentaje de cumplimiento de los indicadores de con todas las EPS, en comparación con el primer trimestre encontrándose cumplimientos óptimos.
- Durante el tercer trimestre no se ha enviado reporte de glosas ni se ha socializado por parte del área encargada.
- La satisfacción de los usuarios es correspondiente al 98%, lo cual es un logro importante dado que nuestra razón de ser es prestar servicios de salud y nuestros usuarios son nuestro eje principal.
- Durante la elaboración de este informe se evidencia un Impacto positivo debido a que permite el desempeño y producción de la institución durante el trimestre, además se logra identificar debilidades en la producción para corregir y mejorar las mismas para el II trimestre.
- los partos dentro de la institución se mantienen con respecto al trimestre anterior dado que la mayoría son remitidos.
- Se realizaron procedimientos quirúrgicos dentro de la institución

MEDIDAS DE MEJORA:

Durante este tercer trimestre del año 2023 se han venido realizando verificación a los usuarios en las diferentes plataformas de las Eps a las que se prestan los servicios para de esta manera garantizar la prestación a nuestros usuarios y solicitar autorizaciones. Se ha exigido el cumplimiento de demanda inducida al personal.

RECEPCIÓN DE FACTURACIÓN FÍSICA Y VALIDACIÓN DE RIPS:

La facturación se envía los cinco primeros días de cada mes, según lo establecido en circular interna de la entidad, se envían Rips debidamente validados.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 219 de 245

Se entregaron Rips de nueva EPS validados a través de la plataforma.

ACCIONES REALIZADAS:

- Se actualizan bases de datos con las diferentes EPS de régimen subsidiado contributivo especial y vinculado.
- Se registraron los accidentes de tránsito en la plataforma del SIRA
- se realizan consignaciones de recaudo por venta de particulares y copagos o cuotas moderadoras.
- se está cargando toda la facturación por evento a la página de la DIAN.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Durante el tercer trimestre del año 2023 se ha venido avanzando en diferentes aspectos para el desarrollo y mejora de nuestra institución:


- Se continua con adecuación de sala de parto, para dar cumplimiento a las normas de habilitación por parte la Gerencia de la ESE moreno y Clavijo. Es importante terminar dicha obra con el objetivo de lograr la habilitación del servicio de partos
- Se fortalece el trabajo humanizado con los usuarios y las acciones de seguridad al paciente
- Se fortalecen los procesos de capacitación y socialización de guías y protocolos a funcionarios de la institución
- Se realizan seguimiento y planes de mejora a que haya lugar

CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI

Al realizar este informe se conoce el avance que se ha realizado en los tres primeros trimestres del 2023, cuáles son las fortalezas, en que área se tiene que mejorar y cuáles son los indicadores que nos evalúan y se deben tener en cuenta para cumplirlos. Se realiza plan choque en el tercer trimestre para la búsqueda de pacientes que apliquen en las rutas de promoción y mantenimiento, evidenciando que la estrategia implementada funciona ya que estamos en el cumplimiento de las metas con el porcentaje en Optimo.

Así mismo, se seguirá trabajando como institución para cumplir con la prestación de los servicios a los usuarios con humanización y cumplir las metas de las EAPB, así como seguir mejorando en la infraestructura del Hospital San Ricardo Pampuri.

CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 220 de 245

Falencias presentadas en el proceso de Facturación

La falta de comunicación que se ve entre la sede central y los coordinadores de facturación de todas las sedes hace que los precoces que se facturen en un hospital de la red **ESE MORENO Y CLAVIJO** sean muy diferentes en otra de las sedes de la misma ese ocasionando glosas y errores en la facturación.

Necesidades:

- No contamos con impresoras adecuadas para el proceso de la impresión de las facturas y soporte y en varias ocasiones no ha truncado el proceso de la impresión de facturas ya que las impresoras que existen en la actualidad arrojan las facturas con machas las cuales no son aceptadas por las EPS y son motivo para glosas.
- Solicito un Escáner ya que con el que contamos actualmente es un escáner que ya tiene unos cuantos años y ya es hora de adquirir uno nuevo esto con el fin de tener un plan de contingencia ya que como es de conocimiento las facturas de tipo evento debe ir digitalizadas.

Medidas de mejora:


- Diariamente se revisa la facturación de cada uno de los cajeros para ir corrigiendo los al momento de facturar en 360.
- Se rotan los cajeros por todas las áreas en mejora de la atención de los pacientes y que los puestos de trabajo no sean rutinarios y esto ocasione un estrés laboral y se baje la facturación.
- La sede central se está realizando reuniones virtuales en las que nos dan a conocer los motivos de glosas para tener en cuenta.

CONCLUSIONES DEL CENTRO DE SALUD DE PANAMA

Capacitación sobre la resolución 3280 al personal que labora en la institución por parte del médico y enfermera jefa de la institución.

- Se están registrado los accidentes de tránsito en la plataforma de SIRA.
- Se está consignado el recaudo de particulares.
- Se realizan los respectivos reportes de eventos adversos farmacovigilancia, y seguridad del paciente.
- Se está realizando las respectivas reuniones mensuales de los comités.
- Se está realizando la demanda inducida para el mejoramiento del cumplimiento de los indicadores

CONCLUSION DEL CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 221 de 245

Al realizar este informe podemos observar los grandes avances, mejoras que hemos tenido en el Centro de Salud con la implementación de las atenciones a los usuarios, de igual forma el mejoramiento en la parte de la infraestructura ha hecho que los servicios se presten mejor, teniendo en cuenta que todavía falta mucho, pero es un compromiso que hay que realizar para continuar mejorando constantemente. Para este tercer trimestre en todos los servicios se observó un gran incremento de atenciones y procedimientos para los usuarios, ya contamos con el servicio de fisioterapia de los cuales hemos podido cumplir en la satisfacción de los pacientes que requerían de este servicio, de igual manera mensualmente se está prestando el servicio de ginecología, psicología y nutrición, esto ha generado agrado en los pacientes ya que eran servicios de especialistas que a ellos les tocaba trasladarse a otro lugar para poder acceder a esos servicios.

En el servicio de urgencias contamos con el médico rural el cual trabaja 22 días y descansa 8 días, ya se pudo subsanar el inconveniente que teníamos en estos días que salía el medico porque quedaba la ausencia en el servicio de urgencias, al contar con otro médico en el servicio de consulta externa este es quien cubre estos ocho días en la atención de los usuarios que ingresan por urgencias cuando el médico rural sale.


El objetivo del Centro de Salud es seguir teniendo estrategias e ideas claras, junto con sus trabajadores que cada día apunten al buen funcionamiento del servicio prestado, tenemos una población muy alta y que crece más y más, así que es un gran reto darle continuidad al mejoramiento de estas prestaciones de servicios.

CONCLUSION HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

Durante el TERCER trimestre de 2023, el Hospital San Antonio de Tame ha trabajado arduamente para cumplir con los objetivos establecidos y brindar servicios de calidad. Se han logrado resultados positivos en diversas áreas de la institución, evidenciando progreso en la prestación de servicios de salud.

En cuanto a la demanda del servicio de farmacia se concluye que durante el tercer trimestre se obtuvo una entrega efectiva de medicamentos, garantizando la provisión oportuna a los usuarios que los requieren. Esta eficacia es el resultado de un proceso de gestión y suministro de medicamentos eficiente, que ha permitido asegurar que los pacientes reciban los tratamientos necesarios para la prevención y recuperación de sus condiciones de salud.

En el área de odontología e higiene oral, Se observa que la producción del tercer trimestre del año 2023 presentó un aumento en la mayoría de los procedimientos con respecto a la producción del primer y segundo trimestre del año 2023 en las actividades correspondientes a odontología e higiene oral.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 222 de 245

El hospital también ha enfrentado diferentes eventos de interés en salud pública, como son las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 26 casos, el cual está directamente relacionado con las mascotas que se tiene en los hogares y animales callejeros o salvajes los cuales se tornan agresivos desencadenando el evento, desde el Hospital San Antonio De Tame se les brinda manejo clínico adecuado y oportuno a cada uno de los usuarios quienes ingresan directamente al servicio de urgencias Indicando aplicación de vacuna antirrábica o suero según corresponda a cada usuario y su respectivo seguimiento del evento, se cuenta con el apoyo del técnico de la unidad administrativa de salud.

En resumen, el Hospital San Antonio de Tame ha logrado avances significativos en el cumplimiento de sus objetivos, ofreciendo servicios de calidad y enfrentando los desafíos de salud pública de manera efectiva.

RECOMENDACIONES:

1. Garantizar un entorno hospitalario en el que la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente sean fundamentales
2. Establecer Procedimientos y Protocolos Estandarizados para así proporcionar reducción de variabilidad y disminución de errores
3. Proporcionar Capacitación Continua del Personal garantizando que estén preparados para brindar atención de alta calidad y se mantengan al día con los avances en medicina.
4. Recopilación y Análisis de Datos ya es fundamental para la toma de decisiones.
5. Optimizar la Gestión de Recursos para satisfacer las necesidades de atención médica de manera efectiva y se evite el desperdicio de recursos.
6. Fomentar la colaboración Interdisciplinaria
7. Establecer una Comunicación Efectiva estableciendo canales de comunicación claros y eficaces entre el personal médico, administrativo y los pacientes.
8. Fomentar la búsqueda constante de mejores prácticas y enfoques para la atención médica.
9. Promover la Medición de la Satisfacción del Paciente
10. para así identificar áreas de mejora y adaptar la atención a las necesidades y expectativas de los pacientes.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 223 de 245

11. Garantizar la Gestión de Crisis y Planificación de Contingencias asegurando la continuidad de la atención médica y la seguridad del paciente en estas situaciones excepcionales.

Estas recomendaciones pueden contribuir a la mejora de la calidad de la atención médica y la eficiencia en un entorno hospitalario. Adaptarlas a las necesidades específicas de nuestra institución es fundamental para el éxito. De esta manera estamos convencidos de que la implementación de estas medidas contribuirá significativamente a elevar la calidad de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros pacientes.

Anexos: imágenes de compromisos institucionales con la comunidad




	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 224 de 245



Emulación, evaluación y difusión de las políticas en materia de prevención de las conductas antijurídicas por parte de servidores y entidades públicas, del daño antijurídico y la extensión de sus efectos, y la dirección, coordinación y ejecución de las acciones que aseguren la adecuada implementación de las mismas, para la defensa de los intereses litigiosos de la Nación”

OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

Brindar asesoramiento jurídico y representar los asuntos judiciales y extrajudiciales para la defensa jurídica de la E.S.E. Contratar oportunamente la adquisición de bienes o servicios

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 225 de 245

que garanticen la prestación de servicios de salud, por medio de la selección, evaluación y cumplimiento de los objetos y obligaciones contractuales.

De acuerdo a lo mencionado en la introducción, el Plan de Acción Anual de la E.S.E. es una herramienta que permite hacer el seguimiento y monitoreo año a año en la consecución de los PUNTOS estratégicos que se ha trazado la E.S.E. Moreno y Clavijo, para desarrollar, y se construye de manera agregada con el fin de medir el impacto de la gestión de la entidad en la obtención de los objetivos estratégicos trazados para el 2023.

En lo que respecta a la Oficina Asesora Jurídica- Gestión jurídica y Contratación como programa le corresponden a la estrategia “Adherencia de políticas”, la cual en el Plan Estratégico Institucional 2020-2023.

4. GESTIÓN JURÍDICA

GESTIÓN JUDICIAL

El presente informe fue elaborado con corte de 1 de julio a 30 de septiembre de 2023, y contiene las gestiones que ha venido adelantando por la Oficina Asesora Jurídica de la E.S.E. Moreno y Clavijo, en el desarrollo de su Plan de Acción Anual y los Planes Operativos Anuales por dependencia.

Teniendo en cuenta los puntos estratégicos definidos en el Plan de Acción anual, y explica los avances de sus objetivos estratégicos y las acciones que la E.S.E. ha venido trabajando este trimestre desde la Oficina Asesora Jurídica. Los puntos estratégicos son los temas definidos por la alta dirección de la E.S.E. Moreno y Clavijo, en los cuales la entidad se enfocará y los objetivos estratégicos son las líneas estratégicas de acción en los enfocados lograr la visión en la presente anualidad.

Para lograr los objetivos estratégicos se establecieron acciones a través del Plan Operativo Anual de la E.S.E. Moreno y Clavijo; Es importante destacar que los puntos estratégicos, los objetivos y las acciones desarrolladas por la entidad correspondieron a un ejercicio de planeación estratégica encaminadas al cumplimiento del objetivo de la entidad, que para el caso concreto de la dependencia a mi cargo- Oficina Asesora Jurídica, consiste en “... el diseño de estrategias, planes y acciones dirigidos a dar cumplimiento a las políticas de defensa jurídica de la Nación y del Estado definidas por el Gobierno Nacional; la formulación, evaluación y difusión de la políticas en materia de prevención de las conductas antijurídicas por parte de servidores y entidades públicas, del daño antijurídico y la extensión de sus efectos, y la dirección, coordinación y ejecución de las acciones que

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 226 de 245

aseguren la adecuada implementación de las mismas, para la defensa de los intereses litigiosos de la Nación”

OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS


Brindar asesoramiento jurídico y representar los asuntos judiciales y extrajudiciales para la defensa jurídica de la E.S.E. Contratar oportunamente la adquisición de bienes o servicios que garanticen la prestación de servicios de salud, por medio de la selección, evaluación y cumplimiento de los objetos y obligaciones contractuales.

De acuerdo a lo mencionado en la introducción, el Plan de Acción Anual de la E.S.E. es una herramienta que permite hacer el seguimiento y monitoreo año a año en la consecución de los PUNTOS estratégicos que se ha trazado la E.S.E. Moreno y Clavijo, para desarrollar, y se construye de manera agregada con el fin de medir el impacto de la gestión de la entidad en la obtención de los objetivos estratégicos trazados para el 2023.

En lo que respecta a la Oficina Asesora Jurídica- Gestión jurídica y Contratación como programa le corresponden a la estrategia “Adherencia de políticas”, la cual en el Plan Estratégico Institucional 2020-2023.

El presente informe presenta las principales actividades de representación judicial que ha desarrollado la Oficina Asesora Jurídica ante las autoridades competentes, en pro de los intereses de la E.S.E. Moreno y Clavijo, durante el periodo comprendido desde el mes de abril a junio de 2023, las cuales se describen a continuación

- El día 17 de abril del 2023, Se radico demanda ante los Juzgados Administrativos – Reparto, Medio De Control de **CONTROVERSIAS contractuales**, en contra de la empresa **BATEMAN INGENIERIA SAS - BIL SAS**, y el señor **LUIS ERNESTO CRIALES BETANCOURT**, los cuales conforman el **CONSORCIO HOSPITAL SAN JOSÉ C & B**
- El día 20 de abril del 2023, se radico contestación de demanda ante el **Juzgado Primero Administrativo De Arauca**, dentro del proceso de **Nulidad Y Restablecimiento Del Derecho** promovido por el señor **JORGE ANDRES NARANJO PERALES**.
- El día 20 de junio del 2023, radico contestación de demanda, ante el **Juzgado Primero Administrativo de Arauca**, dentro del proceso de **Nulidad Y Restablecimiento Del Derecho** promovido por la señora **ROSELIA MURILLO BUITRAGO**.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 227 de 245

Se contestaron tres (3) tutelas antes los despachos judiciales de donde fueron interpuestas y admitidas posteriormente.

GESTIÓN DISCIPLINARIA.


Para el tercer trimestre de 2023, se dio apertura de tres (03) indagaciones preliminares

GESTION DISCIPLINARIA	ACTUACIONES	PERIODO
QUEJAS 3	INDAGACION PRELIMINAR	DURANTE EL TERCER TRIMESTRE

GESTIÓN CONTRACTUAL

Para el tercer trimestre de 2023, se realizó la contratación de acuerdo a las necesidades planteadas para el cumplimiento de nuestro objeto social, teniendo en cuenta los estudios de conveniencia y oportunidad, así como el manual de contratación que constituye el punto de partida para iniciar la etapas precontractual, contractual y post contractual con observancia de los principios que deben imperar en la contratación del sector salud, teniendo en cuenta la naturaleza de la entidad.

TIPO DE CONTRATO	NUMERO DE CONTRATO	PERIODO
COMPRAVENTA	7	3 TRIMESTRE
SUMINISTRO	4	3 TRIMESTRE
PRESTACION DE SERVICIO	7	3 TRIMESTRE
ARRENDAMIENTO	0	3 TRIMESTRE
OBRA	0	3 TRIMESTRE
SEGUROS	1	3 TRIMESTRE
CONSULTORIA	0	3 TRIMESTRE
TOTAL	19	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 228 de 245

Se allegaron a la Oficina Asesora Jurídica, en total (62) Estudios previos de conveniencia y oportunidad, de los cuales se suscribieron en total (62) contratos., adelantándose el proceso contractual en un 100%.

GESTION PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Finalmente, en cuanto a las peticiones, la oficina Asesora Jurídica atendiendo a lo señalado en el Decreto 1755 de 2015, y en aras de hacer efectivo el derecho fundamental de petición, consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional, Decreto 491 de 2020 y resolución 378 del le dio trámite a los derechos de petición, dentro de los términos legales, y con el fin de continuar con el mejoramiento continuo en los procesos de la entidad, se efectuaron revisiones a todos los contratos de Prestación de Servicios del personal, así como a las Certificaciones laborales.

En el tercer trimestre se allegan a la oficina asesora jurídica cuatro (04) derechos Peticiones, a las cuales se les dio respuesta dentro del tiempo legal.


CLASE DE PQRS	NUMERO DE PQRS
DERECHOS DE PETICION	04

Así mismo, se efectuaron revisiones a las Resoluciones y demás actos administrativos.

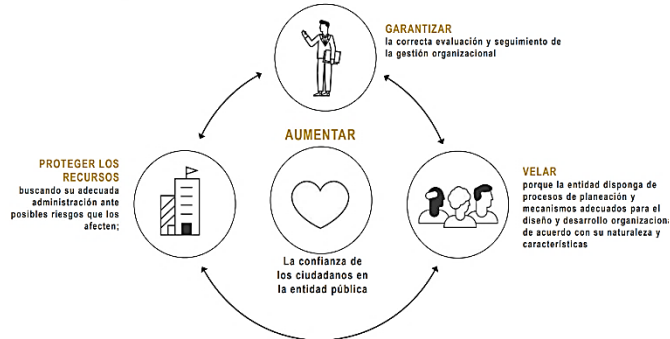
5.INFORME CONTROL INTERNO

El sistema de Control Interno es el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos se realicen de acuerdo con las normas, las políticas trazadas por la dirección y las metas u objetivos previstos. La Oficina de Control Interno, contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de la E.S.E Moreno y Clavijo; a través de un ejercicio independiente y objetivo de evaluación y asesoría enmarcada en las funciones establecidas en la ley 87 de 1993 para el cumplimiento de la misión institucional.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 229 de 245

Objetivos del Sistema de Control Interno



DESARROLLO DEL INFORME:

Actividades a desarrollar: la oficina de control interno cuenta con los siguientes roles:

Roles Oficina de Control Interno o quien haga sus veces



Informe de Evaluación de la Gestión Institucional 2022

Informe Derechos de Autor Licencias de Software 2022

Informe Control Interno Contable vigencia 2022

Informe PQRS II semestre 2022, Informe PQRS I semestre 2023

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 230 de 245

Informe Austeridad del Gasto IV Trimestre 2022, Informe Austeridad del Gasto I y II Trimestre 2023

Informe Evaluación del Sistema de Control Interno segundo semestre 2022, Informe Evaluación del Sistema de Control Interno I semestre 2023
Informe de seguimiento III Trimestre 2022 al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, Informe de seguimiento I y II Trimestre 2023 al PAAC
Informe de seguimiento Mapa de riesgos III trimestre 2022, Informe de seguimiento Mapa de riesgos I y II trimestre 2023

En cada uno de los informes presentados a gerencia y a CICCI se registraron importantes recomendaciones para mejorar la toma de decisiones de la alta gerencia.

- Enfoque hacia la Prevención

La oficina de Control interno fomenta la cultura del autocontrol, brinda asesoría y formula recomendaciones con alcance preventivo a la dirección, facilitando la toma de decisiones y la mejora continua.

En calidad de Secretaría Técnica del Comité de Coordinación de Control Interno, se realizaron Comités, donde se presentó y aprobó el Plan Anual de Auditorías para vigencia 2023, se dio a conocer resultados de auditorías realizadas a hospitales de la entidad, se manifestó la necesidad de contar con instrumentos como: SICOF, PTEE y Código de Conducta y Buen Gobierno en la ESE.


Se asistió en calidad de invitada a diferentes reuniones programadas en la ESE.

Este rol también impulsa a la oficina de control interno a los acompañamientos en los diferentes procesos; realizando acompañamiento al área de Planeación en la actualización del mapa de riesgo de la entidad para la vigencia 2023, actividad en la que se vinculó a los diferentes líderes de procesos de la entidad, posteriormente seguimiento al Mapa de riesgos Institucional, I y II cuatrimestre 2023 y seguimientos de PAAC en los cuatrimestres I y II 2023.

Se generó un primer boletín informativo para todos los líderes de los procesos de la entidad, donde se comunica en que consiste el SCI, quienes hacen parte del SCI, cual es el compromiso y las responsabilidades que se tienen en el SCI según las tres líneas de cuentas.

- Evaluación de la Gestión del Riesgo

En este rol, las unidades u oficinas de control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces, juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 231 de 245

Se realizó seguimiento a los riesgos de corrupción como parte del seguimiento efectuado al Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2023, realizando importantes recomendaciones.

Se realizó seguimiento al Mapa de Riesgos de la institución, vigencia 2023.

Se hicieron recomendaciones específicas en el informe Semestral I de la Evaluación del Sistema de Control Interno 2023.

Las auditorias se priorizan basadas en riesgos, evidenciando algunas debilidades y oportunidades de mejora a las cuales se generaron recomendaciones pertinentes a cada uno de los hospitales la ESE, donde se han realizado estas.

- Relación con entes externo de control


La oficina de control interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, sirve como puente entre los entes externos de control y la entidad, además, facilita el flujo de información con dichos organismos. Las unidades de control interno facilitan la comunicación al órgano de control y verifican aleatoriamente que la información suministrada por los responsables, de acuerdo con las políticas de operación de la entidad, sean entregadas bajo los siguientes criterios: Oportunidad, Integralidad y Pertinencia.

Se realizó seguimiento a los cronogramas de informes que se deben presentar a los diferentes entes, pago de Impuestos y demás requerimientos solicitados por las entidades de vigilancia y control.

Se realizó verificación a la estrategia de Rendición de cuentas efectuada el día 22 de junio de 2023 y se generó su respectivo informe de evaluación y seguimiento a esta, publicándolo en la web de la entidad. Igualmente se realizó diligenciamiento del formulario único de reporte de avances de gestión -Furag en el mes de julio 2023.

Se realizó seguimiento al Sigep II, dejando recomendaciones de importancia. Se elaboran y publican en la página web institucional, en cumplimiento a los requerimientos de carácter normativo los informes correspondientes al área de Control Interno son reportados a los entes internos y externos de control y vigilancia, como parte de las funciones asignadas a la Oficina de Control Interno.

Se anexa evidencia de diligenciamiento en el aplicativo de función Pública – Furag:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 232 de 245

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2022



FUNCIÓN PÚBLICA

El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

DEPARTAMENTO: Arauca

MUNICIPIO: ARAUCA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control Interno

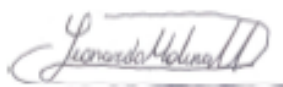
NOMBRE DILIGENCIADOR: MARIA AMPARO VANEGAS MOLANO con C.C No.68304543

HABILITADO DESDE – HASTA: 21/06/2023 - 28/07/2023

VIGENCIA REPORTADA: 2022

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,




LEONARDO MOLINA HENAO


Dirección de Gestión y Desempeño Institucional

Url: <http://furag.fundorpublica.gov.co/furag/#/reportes/verificar-certificado/950163a-d250-48b4-b0ef-ac7b5ec3c0e3>

Fecha de Impresión: 11/07/2023

Hora: 16:37

Página 1 / 1

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 233 de 245

- Evaluación y Seguimiento

El seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno se realiza a través de las auditorías y seguimientos ejecutados por la Oficina de Control Interno contemplados en el Plan Anual de Auditorías Internas aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2023, con el propósito de identificar las oportunidades de mejora a la gestión y contribuir al logro de los objetivos institucionales. De acuerdo con lo anterior los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno para este trimestre son:

Seguimiento mensual a la publicación de los Contratos en la plataforma SIA Observa y SECOP II por parte de las oficina jurídica y Talento Humano.


Se realizaron los seguimientos a los planes de mejoramiento que correspondían para este periodo.

Seguimiento a reporte ITA, obteniendo un puntaje de 68 sobre 100 puntos, para el 2023.

Seguimiento a código de integridad de la entidad, dando recomendaciones sustanciales para el mejoramiento de la entidad.

Seguimiento a comité de conciliaciones de la entidad.

Se realizó visita en calidad de auditoría a subprocesos aleatorios del Hospital San Lorenzo Arauquita, Hospital san Ricardo Pampuri y Hospital Cravo Norte, Hospital san Francisco de Fortul, el cual se realizó virtualmente usando los medios tecnológicos.


 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 234 de 245

Las actividades contempladas en el Plan de Acción para la vigencia 2023 y que se han venido cumpliendo según el cronograma, son las siguientes:

7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Establecer controles y generar el Autocontrol de todos los procesos y subprocesos con el fin de disminuir los riesgos en la entidad.	Informe seguimiento Mapa de Riesgos Institucionales
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Se realizara una auditoria aleatoria a los inventarios de consumo manejados por los hospitales y Centro Seguimiento al plan de mejoramiento producto de las hallazgos detectados en el desarrollo de las auditorias.	Informe de Auditoria o seguimiento a los Planes de Mejoramiento
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Realizar plan de auditorias para la vigencia.	Socializar y ejecutar el Plan de Auditorias
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Seguimiento y presentación informe Ley 1774 del 2011 art 76	Dos Informes PQRSF
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Seguimiento a planes de mejoramiento producto de las auditorias realizadas, de todos los procesos y subprocesos de la entidad.	Informe de Auditoria y/o Seguimiento Planes de Mejora
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Gestión Contractual (Auditoria periodica al proceso contractual)	Informe de auditorias realizadas
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Gestión talento humano (auditorias aleatoria de las Hojas de vida verificación de cumplimiento de requisitos y actualización de hojas de vida, cumplimiento de Planes de Talento Humano y evaluar la gestion del talento humano en la ESE Moreno y Clavijo.	Informes Auditoria
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Auditoría Medición Financiera (Proceso Contable, Facturación, Presupuesto, Cartera y Glosas)	Informes Auditoria
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Seguimiento y Evaluación Plan Anticorrupción	Informe seguimiento Plan anticorrupción
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Realizar evaluación anual del sistema de control interno contable.	Evaluación Anual del Sistema de Control Interno Contable Realizada
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Seguimiento del cargue la información y entrega de los informes a todos los entes de control.	Informe de oportunidad de la entrega de los informes mes a mes
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Realizar cuatro informes de austeridad del gasto	Informe cuatrimestral (Mayo, Septiembre, Enero siguiente vigencia)
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Informes de Evaluación Independiente del Estado Sistema de Control Interno	Informes semestrales

3. Resultados

A continuación, se evidencian las auditorias y/o informes presentados según plan de auditorías vigencia 2023:

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 237 de 245

4. CONCLUSIONES

En cada uno de los informes presentados por esta oficina, se han dejado recomendaciones importantes con el fin de fortalecer el sistema de control interno de la entidad que se encuentra operando, sin embargo, aún se requieren mejoras frente a sus componentes de ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo. En términos generales el Sistema de Control Interno se encuentra funcionando y con acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa. Además de los análisis efectuados se concluye que la entidad ha realizado esfuerzos para asegurar las condiciones mínimas para fortalecer el Control Interno; gestionando e implementado mecanismos para dar tratamiento a los riesgos institucionales y mitigar su materialización; verificando que la información y la comunicación sean efectivas para su adecuada operación en la Entidad, y para el monitoreo y evaluación de la gestión institucional a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.


Se cuenta con el compromiso de la Gerencia y de más funcionarios en la aplicación y mantenimiento del Sistema de Control Interno - SCI, que permiten la mejora continua, la constante evaluación, identificación y tratamiento de los riesgos, gestionados en todos los niveles de los procesos de la institución.

6. INFORME CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El mejoramiento continuo de la calidad debe llevar a la ESE Moreno y Clavijo a un proceso de autocontrol interiorizado por cada uno de sus funcionarios, centrado en el cliente interno y externo, sus necesidades y expectativas; cumpliendo con las características del SOGCS: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad; cuyo principal insumo sea la identificación permanente de los aspectos del proceso susceptibles de mejoramiento, para poder determinar los ajustes y acciones necesarias que permitan superar las brechas de la no calidad.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 238 de 245

De Conformidad a la normatividad vigente, la ESE Moreno y Clavijo ha venido implementado los cuatro componentes del SOGCS, los cuales se describen a continuación resaltando los avances y la gestión realizada en cada uno de ellos.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL: evidenciar el avance de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud, sus características y actores del sistema en la ESE Moreno y Clavijo durante la vigencia 2023.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Lograr que el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud y el sistema de gestión de calidad, apoye y facilite el cumplimiento de la misión y visión de la ESE Moreno y Clavijo el logro de los objetivos de calidad
- Analizar en Desarrollo de la cultura de mejoramiento continuo en la ESE moreno y Clavijo, con el fin de lograr lo establecido en la política de calidad de la entidad.
- Implementar planes y programas orientados a incentivar el servicio, la capacitación y la seguridad para garantizar permanentemente la mejor atención al usuario.
- Diseñar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad mediante el cumplimiento de los requisitos para garantizar la mejora continua de los procesos de la entidad.

5. DESARROLLO DEL INFORME:


5.1 Actividades a desarrollar

Durante el tercer trimestre de 2023, y siguiendo lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), se genera un plan de trabajo y seguimiento del mismo para dar cumplimiento en lo establecido en la normatividad vigente, a sabiendas que son cuatro componentes (Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.) sumando el proceso de gestión de calidad.

A continuación, se describe lo desarrollado en cada uno de estos componentes:

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH):

La implementación del Sistema Único de Habilitación en la ESE, se rige bajo la Resolución 3100 de 2019, por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 239 de 245

- Se realiza la actualización en la plataforma REPS las novedades y el portafolio de servicios de las sedes hospitalarias adscritas a la ESE Moreno y Clavijo, para esta vigencia se adelantó la revisión de las constancias de habilitación para cada una de las sedes adscritas a la ESE, sus 6 hospitales, 2 centros de salud y 21 puestos de salud.
- Se realizó acompañamiento al Centro de salud de Panamá, Hospital san Ricardo Pampuri de la Esmeralda, Hospital San Lorenzo de Arauquita, atendiendo visitas de verificación por parte del Equipo de Verificadores del SOGC en el SUH de la UAESA.
- Se generaron los planes de mejora acorde a los hallazgos presentados en el centro de salud e Panamá.
- Se realiza comité de calidad de acorde a lo establecido para el tercer trimestre de 2023.
- Se solicita a los secretarios técnicos los comités asistenciales (seguridad del Paciente, Historias Clínicas, IAAS, Vigilancia Epidemiológica, y farmacia) acorde a las resoluciones emitidas desde gerencia para su respectivo seguimiento.


PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC), Y SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA).

INFORME DE SEGUIMIENTO PAMEC DE 2023

INTRODUCCION

Considerando que dentro del plan de desarrollo 2020 – 2023 se estableció como programa - Arauca con Salud Confiable, en busca del mejoramiento continuo en la prestación de servicios de la E.S.E Departamental Moreno y Clavijo, se enfoca principalmente en los procesos de preparación hacia la acreditación, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, generando un plan de auditoría de mejoramiento de la calidad PAMEC 2023 con enfoque en los procesos de preparación hacia la acreditación en salud priorizados por la E.S.E, el cual logro un concepto favorable por parte de la UAE de Salud de Arauca.

El actual informe revela el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia 2023, a corte 30 de junio de la actual vigencia, donde se presentan un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 240 de 245

METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Departamental Moreno y Clavijo de Arauca actualmente cuenta con 4 grupos de proceso para la preparación en acreditación, los cuales han hecho mesas de trabajo y seguimiento a las actividades priorizadas en el PAMEC. Teniendo en cuenta las oportunidades de mejora de la autoevaluación en acreditación realizada en la vigencia 2023.

Inicialmente se realizó socialización en cada uno de los grupos de las acciones priorizadas en el PAMEC 2023 y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento por parte de la oficina de mejoramiento continuo trimestralmente.

ACCION DE MEJORA PAMEC 2023

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 72 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2023.

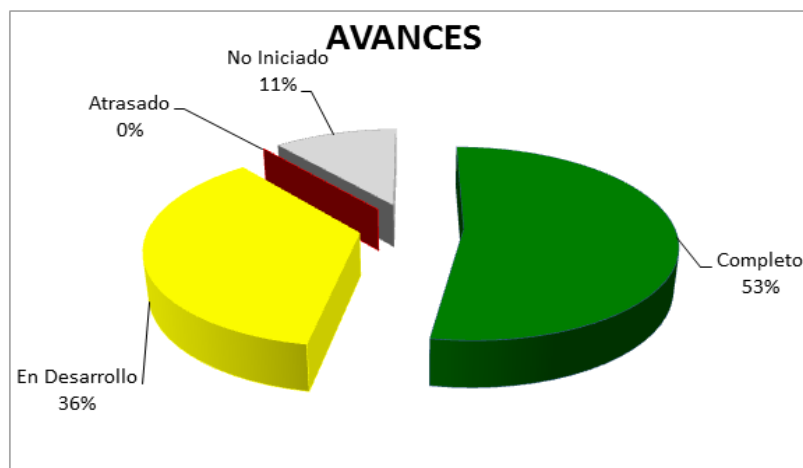
Estándar	Numero Estándar Priorizado	Número acciones de mejoras
PACAS- Deberes y derechos	1	4
PACAS-Seguridad de pacientes	2-5- 7	8
PACAS- Ambulatorio	3 – 5- 8 -24	15
PACAS-laboratorio	36 -39	8
PACAS- IPS en Red	19	3
Direccionamiento	21 - 23	7
Gerencia	28-89-97	7
Talento Humano	115	4
Ambiente Físico	123 -125	8
Gestión Tecnología	132	3
Gestión Información	142	2
Mejoramiento Continuo	159	3
Total		72

AVANCES Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2023


En la siguiente tabla se muestra a corte **30 de junio de 2023**, el estado de cada una de las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

TERCER SEGUIMIENTO PAMEC SEPTIEMBRE 29 DE 2023														
Estado de Avances	Deberes y derechos	Seguridad del paciente	Ambulatorio	Laboratorio	IPS en Red	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente físico	Gestión tecnológica	Gestión Información	Mejoramiento Continuo	Total	% avances
Completo	1	3	8	4	1	5	6	2	4	1	1	2	38	52,78%
En Desarrollo	3	4	5	3	2	2	1	1	2	1	1	1	26	36,11%
Atrasado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
No Iniciado	0	1	2	1	0	0	0	1	2	1	0	0	8	11,11%
Total	4	8	15	8	3	7	7	4	8	3	2	3	72	100,00%

De las 72 acciones de mejora programadas corresponde a los estándares de Deberes y derechos (4), Seguridad del paciente (8), Ambulatorio (15), Laboratorio (8), IPS en red (3), Direccionamiento (7), Gerencia (7), Talento Humano (4), Ambiente físico (8), Gestión tecnología (3), Gestión Información (2) y Mejoramiento (3).




A corte Septiembre de 2023, la ejecución del PAMEC está en un 53 % de las actividades completas, en desarrollo está el 36 % y un 0% están atrasadas, un 11 % no han iniciado por cronograma.


 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 242 de 245

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD.


Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, para la ESE Moreno y Clavijo es indispensable y además obligatorio hacer el respectivo seguimiento, control, evaluación y planes de mejora cuando haya lugar para mantener la entidad acorde a lo establecido en la normatividad vigente en el SIC.

Resultados tercer trimestre de 2023

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN						MIS-FO-026	
		INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCION 256 DE 2016. I Trimestre 2023						Versión 02	
								Página 1 de 1	
CLASE	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL	INTERPRETACION	ANALISIS	FUENTE
EXPERIENCIA EN LA ATENCION (EA)	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 (Tcttl) y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico (Tau)	Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado (Ntp)	4.012	193	20,79	El tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage 2 en el servicio de urgencias es de 20,79 minutos, lo que representa la oportunidad de la atención del usuario en la red hospitalaria de la ESE.	"1. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia	Elaboración Propia
	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?	Número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%)	1.382	1.482	93,25%	El porcentaje de usuarios satisfechos con la atención durante la prestación del servicio en la entidad es de 93,25 %, lo que representa el grado de calidad de la atención al usuario en esta entidad.	1. Total de pacientes encuestados fueron 1482. 2. Contestaron "Muy buena" y "Buena" 1382 usuarios contestaron la pregunta de satisfacción global. Los resultados obtenidos muestran que durante el tercer trimestre del año 2023 las IPS adscritas La ESE Moreno y Clavijo se obtuvo una opinión positiva ante los usuarios y que está cumpliendo con las expectativas en satisfacción de los mismos.	
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas	35.952	23.688	1,52	El tiempo de espera para la asignación de cita de Medicina General es de 1 día, esto representa la oportunidad de atención del usuario en la ESE	1. Durante el III trimestre se asignaron 23.688 citas para medicina general. 2. La oportunidad de cita de Medicina General esta dentro del rango de los 3 días según la normatividad.	

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 243 de 245

	<p>Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó</p>	<p>Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas</p>	10.456	10.121	1,03	<p>El tiempo de espera para la asignación de cita de Odontología General está a 1 día, esto representa la oportunidad de atención del usuario en la ESE</p>	<p>1. Durante el III trimestre se asignaron 6832 citas de odontología por primera vez. 2 La oportunidad de cita de odontología General de la ESE esta dentro los parámetros normales según la normatividad. Con oportunidad en la atención a 1 día.</p>	
SEGURIDAD	<p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización</p>	<p>Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.</p>	<p>Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo por 1000</p>	1	2.925	0,342	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización es de 0,342 Tch, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p>	<p>1. El total de pacientes hospitalizados durante el trimestre fue de 2056 frente a una tasa de caídas de paciente de 0,973 se hace énfasis en las estrategias del programa de seguridad del paciente para que sean lo más efectivas posibles y evitar que los usuarios del servicio de hospitalización sufran caídas.</p>
	<p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias</p>	<p>Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo.</p>	<p>Total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 1000</p>	0	9.352	0,00	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de URGENCIAS es de 0,0Tcu.</p>	<p>No presentaron caídas de pacientes en el servicio de urgencias durante el III trimestre 2023, se intensifican estrategias en el programa de seguridad del paciente para evitar al máximo caídas en este servicio.</p>
	<p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa</p>	<p>Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo.</p>	<p>Total de personas atendidas en consulta externa por 1000</p>	0	57.539	0,000	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de consulta externa es de 0,0 Tce, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p>	<p>No se presentaron caídas de pacientes en el servicio de consulta externa durante el III trimestre de 2023</p>
	<p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</p>	<p>Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas</p>	<p>Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por 1000</p>	0	202.131	0,00	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico es de 0,0 Tch, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p>	<p>No se presentaron caídas de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico complementario terapéutica durante el III trimestre 2023</p>
	<p>Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización</p>	<p>Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización</p>	<p>Total, de egresos de hospitalización por 100 expresado como porcentaje (%).</p>	0	1.120	0,00%	<p>la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización es de 0,00%. Se adelanta plan de mejoramiento para evitar que esto se siga presentando en la red de hospitales y centros de salud de la ESE.</p>	<p>A pesar que en este trimestre no se presentaron eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el área de hospitalización, se sigue trabajando con el fortalecimiento continuo del talento humano en temas relacionados con la seguridad del paciente y la correcta administración de medicamentos.</p>
	<p>Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias</p>	<p>Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.</p>	<p>Total de personas atendidas en urgencias por 100 expresado como porcentaje (%).</p>	3	9.352	0,03%	<p>la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias es de 0.03%, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p>	<p>Ante los resultados de estos eventos adversos se establece un plan de mejoramiento enfocado en las practicas correctas de administración de los medicamentos y en la seguridad del paciente para garantizar la atención segura a los usuarios en el área de Urgencias de la red hospitalaria adscrita a la ESE Moreno y Clavijo.</p>
	<p>Tasa de úlceras por presión</p>	<p>Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo</p>	<p>Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000</p>	0	2.925	0,00	<p>La tasa de UPP en el servicio de hospitalización es de 0,0Tupp, lo que representa la seguridad de la atención de los usuarios en la ESE</p>	<p>Ante los resultados de UPP se puede decir que las estrategias de la política de seguridad del paciente son buenas en la institución</p>

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 244 de 245

Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso	Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%)	2	9.352	0,02%	El porcentaje de pacientes que reingresan por el servicio de urgencias menor 72 horas es 0,02%, lo que representa la pertinencia de la atención al usuario en esta entidad.	La proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias se encuentra dentro de los parámetros establecidos según Sispro para el departamento está en 0,2 % y comparado el número de pacientes atendidos por este servicio, sin embargo, se trabaja en el fortalecimiento de las auditorías internas, revisión de las historias clínicas, pertinencia médica y tratamiento de los pacientes con el fin de disminuir este indicador en nuestra red prestadora de servicios. También la socialización de las guías de prácticas clínicas y guías de prácticas seguras.
---	--	--	---	-------	--------------	---	---

GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema Integrado de Gestión de la entidad gira en torno a la misión, visión, política de calidad, de seguridad del paciente y otras políticas, a los objetivos de calidad, y procesos de la ESE Departamental Moreno y Clavijo, documentado dicho sistema, implementándolo, manteniéndolo y mejorando continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante el monitoreo y adherencia de los procesos y subprocesos.

En la vigencia 2023 el proceso de Gestión de Calidad realiza actividades de acompañamiento a todos los procesos y subprocesos de la ESE Moreno y Clavijo referente al cumplimiento de la Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000 numeral 4.2.3 –control de documentos- y de acuerdo a lo estipulado en el procedimiento GCA-PR-001, en el cual el proceso de Gestión de Calidad cumple con la función del control y seguimiento de los documentos y formatos del SIG con el fin de lograr la estandarización y el uso correcto de los mismos; con respecto a éste requisito el proceso de calidad recibió en el primer trimestre del 2023 se recibieron un total de 181 solicitudes provenientes de los procesos Misionales, estratégicos, evaluación y de apoyo, entre los que se solicitaba la creación, eliminación y modificación de la diversa documentación del SIG.

Las actividades ejecutadas en el proceso Gestión Calidad repercuten sobre todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la entidad. El proceso inicia con la creación o modificación de documentos y va hasta la determinación de acciones correctivas, preventivas y de mejora con su respectivo seguimiento, pasando por la realización conjunta de las Auditorías de Calidad y el control del producto / servicio No conforme, entre otras.

En aras de dar continuidad con la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de calidad de la ESE departamental de primer Nivel Moreno y Clavijo, se han desarrollado actividades con el fin de dar continuidad y mejora a los procesos

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 245 de 245

Según la planeación, estableciendo mecanismos para el seguimiento y progreso del mismo, logrando finalmente que se obtengan los resultados esperados por la Alta dirección apoyada por todos los líderes de los procesos. A continuación, se dará detalle de las actividades realizadas por el proceso de Gestión de calidad.

WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO

GERNETE

Consolido y elaboro: Paula A Duarte L, Asesora Planeación ESE MYC