



CEHANI

Empresa Social del Estado

**INFORME
PORMENORIZADO DEL
ESTADO DEL CONTROL
INTERNO (LEY 1474/2011)**

2018

En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, artículo 9, que establece que el Jefe de Control Interno debe publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la Entidad, el Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno se procede a elaborar y publicar el Informe del CEHANI ESE, correspondiente al período comprendido entre el 01 de julio al 31 de noviembre de 2018.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO SEGUNDO CUATRIMESTRE 2018

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Ejecución del Plan Institucional de Capacitación: En el cuatrimestre se realizaron 16 de 16 capacitaciones programadas, en temas de interés para la institución.

Estas se llevaron a cabo en las fechas estipuladas en el plan, con un avance en la ejecución del PIC, hasta el mes de octubre, del 92.85%, pero dando cumplimiento al 100% de las capacitaciones programadas en el cuatrimestre.

Ejecución del plan de bienestar social e incentivos: en el Cuatrimestre de Julio a Octubre se ejecutaron 7 actividades las cuales son: Conmemoración de cumpleaños (julio-agosto-septiembre y octubre), día de la madre y del padre, actividad de integración de los funcionarios y su familia, Segunda Actividad de integración con los funcionarios y su familia, dando cumplimiento con el 100% de las actividades programadas para el cuatrimestre, lo cual indica que con respecto al plan de la vigencia hasta el mes de octubre se ha cumplido con el 81.25% de actividades programadas para la actual vigencia.

Implementación del plan de humanización de la atención en salud enfocado al personal de CEHANI: En el plan de humanización dirigido a los funcionarios se tiene 12 actividades programadas, de las cuales en el cuatrimestre comprendido entre Julio a Octubre se ejecutaron 6 Actividades, que se encuentran relacionadas en el cuadro anterior: a las cuales se ha dado cumplimiento al 100% de actividades hasta la fecha y un cumplimiento del 91.66% en el plan anual.

Tramites Comisión Nacional del Servicio Civil: Teniendo en cuenta el avance del concurso de la convocatoria 426 de 2016 de las empresas sociales del estado, en el cuatrimestre que comprende los meses de Julio a octubre de 2018, se han realizado las siguientes actividades ante la CNSC.

- Correo Electrónico del 12 de septiembre, solicitando aclaración en fechas ya que en la oficina de gestión humana, constantemente se reciben inquietudes al respecto por parte de los funcionarios inscritos.
- Recepción de Correos de la CNSC, informando sobre las tutelas interpuestas a la convocatoria 426 de 2016.
- Correo Electrónico del 16 de octubre, solicitando aclaración en cuanto al peso porcentual de cada una de las valoraciones (Pruebas básicas, funcionales, comportamentales y antecedentes) para el concurso, ya que en la oficina de gestión humana, constantemente se reciben inquietudes al respecto por parte de los funcionarios inscritos.
- Recepción de Correos de la CNSC, dando respuesta a la inquietud anteriormente relacionada, donde informan que:

ITEM	PESO %	TIPO
Verificación de estándares mínimos	N/A	Eliminatorio
Pruebas Básicas	20%	Eliminatorio
Pruebas Funcionales	40%	Eliminatorio
Pruebas Comportamentales	20%	Clasificatorio
Valoración de Antecedentes	20%	Clasificatorio

A 31 de Octubre de 2018, la CNSC, ya realizó los exámenes y ha publicado calificaciones de Pruebas Básicas, Pruebas funcionales, Pruebas comportamentales, queda pendiente la valoración de Antecedentes

Saneamiento de aportes patronales: Porvenir (Cesantías): El 14 de Septiembre de 2018, se realiza acta de mesa de trabajo con Porvenir, en la cual se verifica lo referente a cesantías, debido a una inconsistencia que se presenta con vigencias anteriores. **Protección (Cesantías):** El 07 de Septiembre se firma acta con cesantías Protección, que corresponde a las vigencias 2012-2016, donde ya se encuentra depurado.

GESTIÓN JURÍDICA

Garantizar y verificar la oportunidad de la defensa y de contradicción de la entidad en los procesos judiciales y administrativos en que la entidad sea parte: los meses julio a septiembre no se presentaron escritos de notificación respecto a procesos judiciales en el cual la entidad sea parte.

PROCESOS ADMINISTRATIVOS: A la fecha existen cuatro procesos administrativos, relacionados con un Proceso de decomiso ante la DIAN y tres Procesos Administrativos Sancionatorios.

Ejercer el derecho de defensa y de contradicción de la Entidad en las acciones de tutela y trámites de desacato:

Acciones de Tutelas: Entre los meses de Julio a octubre, se radicaron veintidós (22) tutelas, y seis (06) Incidentes de desacato, los cuales fueron contestados dentro del término legal previsto por el Despacho judicial.

Incidentes de Desacato: Entre los meses de Julio a octubre, se notificaron seis (6) Incidentes de Desacato, relacionados sobre información de entrega de medicamentos, se procedió a dar respuesta de manera oportuna dentro del término legal previsto por el despacho judicial entre 1 y 2 días.

Absolver las peticiones planteadas por los usuarios/pacientes de la Entidad dentro del marco legal: Se radicaron treinta y ocho (38) derechos de petición los cuales fueron contestados dentro del término legal previsto.

GESTIÓN ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

Dar cumplimiento de los requisitos legales para la adquisición de bienes y servicios: Desde el mes de enero hasta octubre se han radicado 714 paquetes para adelantar proceso de contratación; Sin embargo, para los meses de julio y agosto, se presentaron devoluciones.

Contratación de bienes y servicios acordes a las necesidades que requiera la Entidad: Hasta octubre del presente año, se ha hecho la recepción de 725 paquetes, de los cuales ocho (08) consecutivos no fueron utilizados en la modalidad de prestación de servicios, trece (13) contratos no fueron legalizados, debido a la voluntad de las partes y/o porque los contratistas no cumplieron con el término que establece la cláusula del contrato referente a los tres (3) días de legalización.

Tipo de Contrato	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	TOTAL
Suministro	31	54	22	25	42	35	25	33	11	18	296
Prestación de Servicios	138	2	8	5	2	1	75	20	94	59	404
Compraventa	8	-	1	1	1	-	-	1	-	-	12
Seguros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obra	4	-	-	-	-	-	1	-	2	2	9
Arrendamiento	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	4
TOTAL											725

FUENTE: PROCESO GABS

PUBLICACION SECOP – JULIO A OCTUBRE 2018: Dando cumplimiento al Decreto 1510 de 2013 modificado parcialmente por el Decreto 1085 de 2015, por medio del cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública, se registraron en su totalidad los diferentes contratos suscritos por parte de CEHANI ESE, durante los meses JULIO a OCTUBRE 2018 en la plataforma SECOP. www.colombiacompra.gov.co

GESTIÓN APOYO LOGÍSTICO

Diseño y documentación de la ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental: CEHANI E.S.E., con miras de ser acreditada y reconocida a nivel nacional por su modelo de atención; certificada como institución verde en el sector salud y en contribución al bienestar del usuario, familia y comunidad, formula el Sistema de Gestión Ambiental – SGA bajo los lineamientos técnicos de la norma NTC ISO 14001:2015, el cual se encuentra en fase de diseño y documentación.

PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL ISO 14001:2015: en el periodo agosto de la presente vigencia se desarrollaron las siguientes actividades:

- **Definir la política del sistema de gestión ambiental:** Se estableció la política del SGA, la cual a manera de borrador se encuentra documentada en la oficina Asesora de Calidad, la cual fue aprobada por el Comité de Gestión Ambiental.
- **Identificar los aspectos ambientales significativos inherentes a la Entidad:** Se elaboró y documentó el procedimiento y formato para la identificación y evaluación de aspectos, impactos y riesgos ambientales del SGA, dando cumplimiento al requisito 6.1.2 de la norma.
- **Identificación de los requisitos legales:** Se elaboró y documentó el procedimiento y formato para la identificación, actualización, análisis y evaluación de los requisitos legales y otros requisitos aplicables al SGA, dando cumplimiento al requisito 6.1.3 de la norma.
- **Definir objetivos y metas ambientales:** Se estableció los objetivos y las metas ambientales, los cuales a manera de borrador se encuentran documentados en la oficina Asesora de Calidad, y fueron aprobados por el Comité de Gestión Ambiental.
- **Liderar y brindar directrices al equipo de trabajo contratado para el tema agenda verde, PGIRSH transición a PGIRASA, manual de aseo y desinfección, para cumplir con la**

planificación del Sistema de Gestión Ambiental: Se determinaron las directrices necesarias para dar cumplimiento a la fase de planificación del SGA, como mejoras para la transición del PGRSH - PGIRASA; modificación de los programas ambientales de la Agenda Verde y rutinas operativas para rondas del Manual de Aseo, Limpieza y Desinfección.

IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL – SGA: Con la implementación y operación del SGA le va permitir al CEHANI E.S.E., reducir los impactos ambientales negativos en la ejecución de las actividades inherentes a la razón de ser la Entidad, evaluar de manera continua los requisitos legales, disminuir la posibilidad de generar incumplimientos que conlleven a sanciones administrativas, permitiendo mejorar el desempeño ambiental, la percepción de la organización respecto al cliente y comunidad en general y además generar una ventaja competitiva.

En relación a la fase de implementación, para la vigencia octubre a diciembre del presente año, se han adelantado las siguientes actividades propuestas:

- **Socializar los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental – SGA y su relación con los procesos de la Entidad.**
- **Articular el accionar del SGA con los diferentes sistemas de gestión de la Entidad.**
- **Evaluar el cumplimiento de los cambios planificados y realizar los ajustes pertinentes del Sistema de Gestión de Calidad – SGC.**

Consumo de Agua: Es de resaltar que la medición del consumo de agua se comenzó a realizar a partir del mes de junio del presente año, obteniendo como línea de base un valor de consumo de 88m³. Pese a las continuas campañas y demás actividades encaminadas hacia la conservación, ahorro y uso eficiente del recurso hídrico en la Entidad, se observa por los valores de consumo registrados en los meses de julio, agosto y septiembre que la creciente expansión a nivel de infraestructura física (construcción y remodelación) que viene afrontando la Institución, junto a los periodos prolongados de sequía presentados y que se vio en la necesidad de establecer un sistema de irrigación (aspersores) para mantener las áreas verdes

De los meses analizados para el consumo de agua se evidencia que en el mes de octubre se presenta un comportamiento favorable de la variable analizada, determinando un ahorro de 375 m³ con respecto al mes anterior; la situación presentada se debió a que en el periodo de análisis no se hizo irrigación a las áreas verdes de la Entidad, también se une a que en el Servicio farmacéutico tuvo poca afluencia de usuarios.

Consumo de energía: Para los periodos analizados se tiene que en los meses de febrero, marzo, mayo, agosto y septiembre no se obtuvo un ahorro en el consumo de energía eléctrica que permita evidenciar un comportamiento significativo y que demuestre el cumplimiento de la meta propuesta y del esfuerzo propio del presente indicador; se manifiesta que lo presentado se debió a que en dicho periodo se dio inicio a la ejecución de obras de construcción y remodelación

Cumplimiento cronograma programa Liderazgo y Compromiso: Se realizó referenciación en el mes de julio en el hospital San Rafael dando cumplimiento a lo propuesto en el Programa de Liderazgo y Compromiso Ambiental respecto a la participación con otras organizaciones o entidades que han demostrado un gran avance en la promoción de sus políticas de gestión ambiental.

Sustancias Químicas: En cumplimiento al presente objetivo, se realizaron 11 actividades de las cuales se han ejecutado en su totalidad

Programar y ejecutar actividades del programa de residuos sólidos hospitalarios con nuevos servicios – PGHIRS: Destinación incineración - Se tiene que para la vigencia julio – octubre de un total de 2329.42Kg de residuos generados, 659.6Kg corresponden a residuos biosanitarios, con un valor porcentual de relación aproximadamente del 28% permitiendo evidenciar que con las gestiones realizadas se ha logrado cumplir con la meta y el esfuerzo; es de resaltar que el comportamiento anteriormente descrito está directamente relacionado al aumento del ingreso de usuarios a piscina,

quirófano, modulo 1, unidad médica y demás áreas, determinando un incremento en la cantidad de residuos biosanitarios **Destinación de Relleno Sanitario** - En relación al desempeño del presente indicador y a la fecha de evaluación del mismo, se tiene que de un total de 2329.42Kg de residuos generados 731.72Kg corresponden a residuos ordinarios, con un valor porcentual de relación del 31.41% respecto al resto de residuos **Destinación reciclaje** - En el periodo de julio a octubre del presente año, se tiene que de un total de residuos sólidos hospitalarios generados (2329.42Kg), 938.1Kg corresponden a los residuos reciclables relacionado con un valor porcentual aproximado del 40.27% **% de apego a segregación** - En las verificaciones a la segregación realizadas en los meses de julio a noviembre del presente año, se aplicaron 3900 ítems a evaluar, de los cuales 3814 dan evidencia de la adecuada segregación identificada en todas las instalaciones de la Entidad, correspondiente a un valor porcentual del 98% aproximadamente

Nivel de adherencia a Manual de Aseo, Limpieza y Desinfección: Para dar cumplimiento al presente objetivo se verifico en cada una de las áreas de la Entidad, observando que se muestra adherencia al manual de aseo, limpieza y desinfección en su totalidad siendo las siguientes, oftalmología, unidad médica, farmacia, facturación, administración, fonoaudiología, fisioterapia, psicología, formación ocupacional, almacén, hidroterapia, quirófano y plan de intervenciones colectivas.

Seguimiento a la Ejecución Del PAA: Según lo presupuestado inicialmente en el plan anual de adquisiciones - PAA determinado en un monto de \$15.656.633.630, se resalta una adición para el mes de febrero de \$1.940.984.978,70. Por su parte, en el mes de abril se hizo un ajuste por un valor monetario de \$15.000.000.000 y en el mes de julio otro por \$830.854.929, los cuales fueron incorporados al presupuesto de ingresos y gastos de la Entidad para la vigencia 2018. En conclusión, las adiciones realizadas al presupuesto institucional en el periodo enero agosto es de \$33.428.473.537,73; es de resaltar que del presupuesto ejecutado y con adición de los respectivos montos se tiene un valor estimado en \$ 25.038.402.522,5 correspondiente a un 74.90% aproximadamente. Se destaca que a corte de octubre del presente año se tiene un gasto presupuestal de \$26'907.796.237 relacionado a un valor porcentual de cumplimiento de 80.15%

Bienes depurados: Se cuenta con el acta de comité de dadas de baja de los bienes muebles, igualmente como el inventario de 136 bienes depurados detallando su estado de conservación como las causas de deterioro y la conveniencia de dar de baja, característica del bien, estado de conservación, agrupación de inventario, cantidad, certificación, bosquejo de la resolución; así mismo, se realizó una verificación de los bienes muebles que van hacer parte de la historia de CEHANI E.S.E.

De acuerdo al acta 003 de 15 de agosto de 2018 se realiza la revisión del acto administrativo agregando los nuevos equipos que cumplieron su vida útil, los cuales fueron incluidos en la resolución 073 de 15 de agosto de 2018 en la cual se dio de baja bienes muebles de propiedad de CEHANI E.S.E., organizándose en cuatro lotes de bienes muebles "*Historia de CEHANI*", venta directa, bienes muebles para donación y bienes para destrucción.

De la misma manera, se realizó la respectiva salida del inventario de la Entidad para su posterior saneamiento contable; y con ello se publicó en la página web institucional a 15 de agosto de 2018, para que las entidades públicas interesadas en adquirir dichos elementos, presenten el documento de solicitud de los mismos. Para la situación en mención, la Institución Educativa Agropecuaria Polachayan del municipio de Tuquerres fue la única entidad interesada en adquirir los bienes muebles en donación. Es de resaltar que a lo anterior queda pendiente la venta directa de la buseta de la institución, por respuesta de los debidos trámites documentales necesarios para la operación.

Porcentaje de activos asegurados: Se realiza la verificación del inventario de activos de bienes muebles de la Entidad, así: De 1410 muebles y enseres se encuentra asegurados 1410 de la siguiente manera: \$339.679.239 correspondiente a 985 muebles y enseres; \$4.222.400,000 correspondiente a

edificio; \$1.500'000.000 a medicamentos; \$1.220.874.988 corresponden a 211 equipos médicos y otros; 559.734.759 que corresponde 205 equipos de cómputo e impresoras, planta eléctrica, UPS, Servidores, 1 vehículo (motocicleta). Los activos en mención, se encuentran amparados mediante póliza Aseguradora Solidaria de Colombia No. 436-83-994000000042, la cual cubre los riesgos en daños materiales, asonada, motín, huelga, actos mal intencionado de terceros y terrorismo al edificio, maquinaria y equipo, vidrios, equipo de cómputo y procesamiento de datos y equipo médico. Se resalta que en la vigencia julio, agosto, septiembre y octubre no se realizó ningún aseguramiento respecto a los activos de propiedad de la Entidad.

GESTIÓN TECNOLÓGICA

Elaboración plan de mantenimiento institucional: En cumplimiento de la normatividad vigente se elaboró el Plan de Mantenimiento Hospitalario para la vigencia 2018, el cual incluye la planificación anual de actividades consolidadas, la programación o cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades de mantenimiento que se deben ejecutar en forma directa o a través de terceros.

Ejecución del plan de mantenimiento institucional 2018: El Plan de Mantenimiento Hospitalario de acuerdo al presupuesto de ingresos de gastos, a el mes de octubre del año 2018 se ha ejecutado un valor de \$ 1.460.477.332 millones con un porcentaje de 74.04% el cual incluye mantenimiento de la infraestructura, equipos biomédicos e industriales y equipos de cómputo e impresoras, UPS, circuito cerrado de televisión, redes (eléctricas e hidráulicas), áreas adyacentes, infraestructura, al igual la calibración y verificación metrológica

Realizar ajustes al manual de las tecnologías de CEHANI ESE: El manual de introducción a la tecnología fue actualizado como también se socializo al personal que opera y/o manipula los equipos biomédicos de las diferentes áreas de CEHANI ESE como lo son las áreas de quirófano, fisioterapia, fonoaudiología, video telemetría, unidad médica- oftalmología.

GESTIÓN SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN

Implementación de la Estrategia Gobierno en Línea de acuerdo con lo Planificado: Para la vigencia 2018 en la estrategia de Gobierno en línea se programaron 44 actividades en la matriz GEL, para el cuatrimestre de julio a octubre, se cumplieron 34 actividades las cuales se ejecutaron y se han realizado control y seguimiento continuo, representando así un porcentaje de avance del 77 % de cumplimiento

Implementación del plan de gerencia de la información según cronograma de actividades: Para la vigencia 2018 en el plan de gerencia de la información se programaron 10 actividades en la matriz del plan de gerencia de la información, para el cuatrimestre de marzo a junio, se cumplieron 10 actividades las cuales se ejecutaron y se han realizado control y seguimiento continuo, representando así un porcentaje de avance del 100 % de cumplimiento de la estrategia

Gestión y Administración de las Historias Clínicas: se tuvo en cuenta que la historia clínica se almacena de acuerdo al último digito terminal y se ordenó cronológicamente, en donde el documento más antiguo es el primero al abrir la carpeta y el último el más reciente. La carpeta contiene 200 folios por carpeta, en caso de ser más de una, se rotula cada una con el documento de identificación del paciente y el número de tomo que le corresponda. Además, se verifico la existencia de una historia clínica única por usuario. Existen en el archivo clínico un total de 31.493 usuarios con historia clínica única la cual se encuentra registrada en el Metadato de Historias Clínicas

Levantamiento documental del archivo de gestión de historias clínicas: Hasta el mes de octubre ingresaron 3.441 Historia Clínica físicas al archivo clínico, durante el mes de julio a octubre ingresaron 1.691 las cuales fueron ubicadas en el archivo de gestión y se encuentra registrada en el inventario documental. En referencia al préstamo de historias clínicas entre el 1 de julio al 31 de octubre se

consultaron un total de 1.551 Historias clínicas por parte del personal asistencias y médico de la entidad.

Identificación y clasificación de fondos acumulados: Durante el mes de julio y octubre se realizó la identificación y clasificación de los fondos acumulados correspondientes a la vigencia 1976, 1977, 1978, 1979 y 1980 información que correspondía al Subfondo " Centro de Educación Especial CEDES". De igual manera se recopilaron piezas sonoras, y audiovisuales las cuales fueron utilizadas para el manejo de terapéutico por los especialistas de la entidad; en la cual se encontró información financiera, administrativa y educativa. Dicha información está clasificada e identificada en los estantes correspondientes en el archivo central e histórico, DANDO POR CUMPLIDO LA ACTIVIDAD EN SU TOTALIDAD

Presentación de las TRD al comité interno de archivo: Una vez presentadas las TRD al comité departamental de archivo, se cumple con esta actividad, DANDO POR CUMPLIDO LA ACTIVIDAD EN SU TOTALIDAD

Implementación de las Tablas de Retención Documental: Con el fin de dar cumplimiento a esta actividad el 29 de junio del año en curso se presentó las Tablas de Retención Documental de la entidad al Comité Departamental de Archivo para su revisión y posterior implementación.

GESTIÓN FINANCIERA

Porcentaje de Reconocimientos frente al Presupuesto definitivo de ingresos: El total de reconocimientos registrados en el Presupuesto de Ingresos con corte a septiembre 30 de 2018 asciende a **\$30.468.136.703**, de los cuales, el rubro que presenta mayor registro en ingresos es la facturación de medicamentos - IDSN con \$19.244.484.042, cuyo valor representa el 63.16% del total de reconocimientos. Le sigue en su orden, el de recuperación de cartera de vigencias anteriores, se reconoce ingresos por \$6.068.768.258, con el 19.91%, en régimen subsidiado con \$3.038.673.804, representado el 9.97% del total facturado, en Régimen contributivo se logra facturar \$1.126.592.912 con el 3.69% del total facturado. Los demás centros de costos representan el 3.27% del total facturado, en otros ingresos por diferentes conceptos a la prestación de servicios de salud se incluye fotocopias (\$3.720.135), descuentos por pronto pago (\$42.000.949), venta de chatarra (\$852.500) y otros (\$113.542)

Porcentaje de recaudos frente a Reconocimientos: entre los meses de enero a septiembre de la vigencia 2018 se registra un recaudo del 60.06% del total de reconocimientos, es decir, la suma de \$18.299.746.907. Al comparar entre el primer, segundo y tercer trimestre se ha ido incrementando paulatinamente el porcentaje de la meta anual (40.13%, 55.08%, 60.06%), con lo cual se puede casi asegurar que al finalizar la vigencia se podría cumplir con la meta establecida con unos recaudos del 85% respecto a la facturación. Los recaudos con mayor porcentaje se concentra en el rubro de Atención a Población Pobre no afiliada a régimen subsidiado –PPNA con un 52.08%, es decir, \$10.022.020.840 relacionada con la contratación de dispensación de medicamentos con IDSN.

Superávit o déficit presupuestal: Los reconocimientos suman \$30.468.136.702 y los compromisos ascienden a \$29.582.318.836, arrojando un resultado de 1.03, valor que supera la meta del 1, es decir, se obtiene 1.03. Lo anterior se ha logrado mediante la contención de gastos para evitar que la entidad entre a riesgo financiero. Se debe destacar que la contratación realizada incluye contratos realizados hasta diciembre, mientras que los reconocimientos o facturación están registrados hasta Septiembre de 2018. Este indicador es uno de los más importantes, teniendo en cuenta que se encuentra contemplado en la Resolución No. 408 de 2018 como uno de los puntos para calificar al gerente y el que determina el riesgo financiero de una entidad.

Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo (Resolución 408 de 2018): Los recaudos del periodo enero-septiembre de 2018 incluyendo la recuperación de cuentas por cobrar ascienden a

\$18.299.746.907; los compromisos incluyendo las cuentas por pagar 2017, en el mismo periodo, ascienden a \$29.582.318.836, es decir, a septiembre los recaudos, solamente cubren el 61.86% de los compromisos.

La entidad se vio en la necesidad de contratar, sobretodo servicios de carácter administrativo, hasta el mes de septiembre, desafortunadamente, las cifras arrojan resultados de desequilibrio presupuestal a la presente fecha de corte. En ese orden de ideas, debe ser prioridad la contención de gastos en todos los rubros sin afectar el normal funcionamiento de la entidad, se deben establecer las suficientes directrices gerenciales para realizar auditoria a los procesos de facturación y dispensación de medicamentos para que las cuentas al radicarse en las EPS o IDSN no sean devueltas por errores como en la carencia de documentos del paciente o entrega de medicamentos por encima de la autorización, entre otras, lo que implica devolución de la cuenta o glosa y por ende menor recaudo o mayor tiempo en el recaudo de la cartera

Equilibrio Operacional con pagos: Los pagos a septiembre de 2018 ascienden a \$19.198.008.830. Los recaudos suman \$18.299.746.907. El resultado del 1.01 es superior a la meta, situación que se presenta por el desembolso del crédito a corto plazo, aprobado por el Banco de Occidente, por valor de mil millones de pesos M.cte., razón por la cual, los pagos superan los recaudos presupuestales

Monto de la deuda: de mantener en cero las deuda de los honorarios de profesionales especializados y otros servicios que asciende a \$178.824.687 de los meses de marzo, junio, julio y agosto de 2018, a pesar que la administración cumple con los pagos por concepto contratos de prestación de servicios y de pago de funcionarios de nómina, es decir, la Entidad no posee deudas con el personal de planta mayores a 30 días.

INFORME DE CARTERA A SEPTIEMBRE 30 DE 2018: Una vez realizado el cierre del trimestre con corte a septiembre del 2018, presenta la cuenta deudores un saldo por valor \$13.341.110.829.00 presentándose un incremento frente al trimestre inmediatamente anterior de \$2.478.559.620.00 correspondiente al 22.815% saldo que se concentra principalmente en el dispensación de medicamentos especialmente en el modelo II con los usuarios de los diferentes regímenes pero como responsable de pago el Instituto Departamental de salud de Nariño.

Siendo coherente con nuestra facturación, el mayor porcentaje de nuestros deudores a corte 30 de septiembre del 2018 correspondiente al 70.08% pertenece a la Secretarías de Salud Departamental de Nariño que cubren a la población vulnerable con la contratación de medicamentos No POS con el Instituto Departamental de Nariño, un 15.332% pertenece al régimen subsidiado, un 10.15% del porcentaje de participación corresponde al régimen contributivo, con las entidades pertenecientes al régimen especial les corresponde un porcentaje de participación del 0.98%, en las Ips privadas un porcentaje del 0.07%, y otros deudores con el 3.39%

GESTIÓN DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN

Medir la adherencia al diligenciamiento de historias clínicas: De las 271 historias clínicas evaluadas 243 cumplen con el criterio evaluado que corresponden al 89.6 %, se evidencia mejor resultado en las áreas de son terapia de lenguaje, con 99% de cumplimiento, terapia física con 97 % de cumplimiento, psicología 94%, terapia ocupacional 93%, hidroterapia 88%, y neuropsicología 68% teniendo en cuenta que los criterios evaluados en el formato de auditoria no corresponden al tipo de atención que representa el proceso

Reporte y análisis de rips: Se realiza la priorización de diagnósticos por especialidad para conocer la situación de salud de nuestros usuarios y brindar unas herramientas que en forma organizada nos permite comprender el perfil epidemiológico y priorizar los problemas. Elaborar y/o Actualizar Las guías

de atención que presenten bases teóricas sencillas para el análisis; nos permite el Análisis de los factores condicionantes de la salud y nos da pautas para una priorización integral y el balance entre la oferta y la demanda

Informe de facturación y producción – julio 2018:

- **MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA** En cuanto a la producción del mes de julio en comparación con el mes de junio se evidencia que para medicina especializada y subespecializada, presenta un incremento de \$13.326.359, siendo oftalmología el servicio que más consultas realizó un incremento de 99 consultas, seguido de neuropediatría el área que represento un incremento de 162 consultas, es oportuno mencionar que en este mes se realizó jornada asistida en ese servicio con 3 médicos generales que apoyaron la consulta con el fin de mejorar la oportunidad en el servicio. En este mes se realizó consulta de Retinología durante tres días quien además de realizar consulta realiza procedimientos quirúrgicos
- **APOYO TERAPEUTICO, PSICOLOGIA Y NEUROPSICOLOGIA:** Teniendo en cuenta el cuadro comparativo presenta un leve incremento en los servicios terapéuticos, siendo hidroterapia el servicio que más produce con una diferencia según el mes anterior de \$14.800.566, se evidencia una leve disminución en psicología teniendo en cuenta que durante este mes una profesional presenta una incapacidad y la gran mayoría de pacientes se reprograman con otra profesional
- **AYUDAS DIAGNOSTICAS –AUDIOLOGIA:** Para el servicio de audiología se evidencia un aumento importante teniendo en cuenta la adaptación de audífonos con una venta de \$ 31.550.500 de diferencia en relación al mes anterior, la importación de los productos de sonoaudio se demoró en llegar motivo por el cual se entregaron en julio y esto presentó incremento que se evidencia en el mes.
- **AYUDAS DIAGNOSTICAS- NEUROLOGIA Y OFTALMOLOGIA:** Para el servicio de ayudas de oftalmología y neurología se evidencia un leve incremento con respecto al mes anterior, siendo las ayudas diagnósticas de oftalmología las que presentan el incrementos con una diferencia en relación al mes anterior \$2.429.480, es importante mencionar que para las ayudas diagnósticas de neurología la Polisomnografía no logra aumentar la producción por lo cual se debe hacer seguimiento a este servicio y se debe buscar una estrategia de mercadeo a fin de poder atraer más a los usuarios y las EPS para mantener los servicios y/o aumentar la venta de servicios
- **CIRUGIA AMBULATORIA:** Se evidencia en este servicio un incremento del \$49.081.234 en relación al mes anterior teniendo en cuenta que para este mes se programaron cirugías de retinología.

GESTIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO

Informe de peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias tercer trimestre de 2018:

Durante el tercer trimestre entre Julio- Septiembre del año 2018 se tiene un consolidado de 56 PQRFS recepcionadas, de las cuales 16 pertenecen a mes de julio, 26 al mes de agosto y 14 al mes de septiembre; es importante destacar que en los tres meses continúa ocupando el primer lugar el ítem Felicitaciones con 22 reportes, dirigidas hacia el personal de Habilitación /Rehabilitación, felicitaciones para Fisioterapeuta ambulatoria, auxiliar de enfermería y las profesionales de Apoyo terapéutico en este orden así como los nuevos felicitados en consulta externa, felicitando a Dr. Oscar Rosero

Neuropediatra ; seguidamente están los Reclamos con 16 reportes presentados por los usuarios donde manifiestan lo siguiente: En el servicio de consulta externa oftalmología Dr. María Fernanda oftalmopediatra, presenta insatisfacción por la demora en la atención, fue el servicio con mayor cantidad de reclamos para el mes de julio debido a lo anterior se trataron las diferentes causas realizando sensibilización en estos temas con el propósito de mejorar la atención, llevando a buen resultado lo cual es evidente en los meses de agosto y septiembre donde no se presentaron reclamos por la atención, otro de los servicios en donde se observó disminución en los reclamos fue en el servicio de farmacia la razón puede deberse a la disminución en la entrega de medicamentos por finalización de contratación con IDSN para la dispensación de medicamentos como tercer registro están las Sugerencias con 14 Sugerencias relacionadas con la entrega del refrigerio presentada con mayor frecuencia así si como la mejorar la coordinación en el uso de la piscina en el servicio de hidroterapia, finalmente se presentan 4 Quejas que consisten en la insatisfacción por la mala atención en el área de oftalmología e inoportunidad en la asignación de citas desde admisión y registro.

Consolidado trimestral de derechos de petición periodo julio – septiembre de 2018: El área jurídica bajo la responsabilidad de la Dra. María Isabel Lucero reporta que en el mes de julio se presentaron ocho (8) derechos de petición resultado equivalente al 30%, agosto por su parte cierra con siete (7) solicitudes 26% y septiembre con (12) doce solicitudes (44%), para un total de 27. Contestados durante los tiempo legales previstos.

GESTIÓN ADMISIÓN Y REGISTRO DEL USUARIO

Elaboración de Agendas Médicas: Para la elaboración de las agendas médicas se tiene en cuenta la programación de los especialistas dentro de su disponibilidad contractual, se evidencia la apertura de agendas médicas de acuerdo a la disponibilidad de horario de los especialistas previamente concertadas con el coordinador de cada área y estas agendas la tercera semana de cada mes son entregadas al proceso de admisión y registro para que se realice el cargue en el sistema y así de manera organizada asignar las citas

Cumplimiento de indicadores de oportunidad de acuerdo a la resolución 743 de 2012 y 256 de 2014: Estos indicadores corresponden a los indicadores 2 y 5 de la matriz de aseguramiento de proceso, donde se encuentran debidamente medidos de manera trimestral

Referenciación con entidad acreditada, acerca de los procesos de admisión y registro de los usuarios: Se realizó acercamiento con la oficina de planeación y calidad del Hospital Universitario Departamental de Nariño; para realizar la correspondiente referencia ion; se está en la espera de correo con requisitos para gestionar referenciación.

GESTIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

AJUSTAR EL MODELO DE ATENCIÓN GAD: En conjunto con la subgerencia técnica se implementó para el proceso gestión ayudas diagnósticas, el modelo de atención en el marco de la política de prestación de servicios del sistema general de seguridad social de CEHANI ESE

APLICAR LISTAS DE CHEQUEO PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LOS METODOS DE TRABAJO DEFINIDOS EN EL PROCESO GAD (PROTOCOLOS Y GUIAS): Actividad que se encuentra contemplada en POA y en el indicador No. 5; se evidencia que en el periodo evaluado el cumplimiento corresponde al 100 %, no se realiza la aplicación de la lista de chequeo de la guía status epiléptico en este periodo debido a que no se presentaron casos relacionados

Porcentaje de exámenes diagnósticos cancelados por error en la preparación del usuario: En III Trimestre de 2018 (Julio – Agosto – Septiembre), se evidencia que, de 1757 exámenes tomados, se presentaron las siguientes ayudas diagnosticas canceladas por mala preparación: Julio: 22, Agosto: 15 y Septiembre: 20, para un total de 57 ayudas diagnosticas canceladas. El usuario no cumple con la preparación y recomendaciones indicadas por parte del personal de salud. En el mes de octubre no se presentaron ayudas diagnosticas canceladas por mala preparación.

Porcentaje de usuarios inasistentes: Durante III Trimestre de 2018 (Julio – Agosto – Septiembre), se evidencia que de 1757 ayudas diagnosticas tomadas, se presentaron los siguientes usuarios inasistentes: Julio: 53, Agosto: 70 y Septiembre: 38, para un total de 161 pacientes inasistentes.

Porcentaje de reproceso de exámenes diagnósticos: En el periodo comprendido entre Julio a octubre de 2018, no se presentaron reprocesos por motivos institucionales o por motivos del paciente

Nivel de adherencia a Guías y Protocolos: Se evidencia que, en el periodo comprendido entre enero a junio de 2018, el promedio de cumplimiento a la adherencia a la guías y protocolos se encuentra en el 100%. Es importante aclarar que no se aplicó lista de chequeo de la guía status epiléptico en el periodo mencionado debido a que no se presentaron casos relacionados. Se aclara que las listas de chequeo se aplican según periodicidad semestral.

Oportunidad en la entrega de exámenes: Durante III Trimestre de 2018 (Julio – Agosto – Septiembre), se evidencia que por parte de los especialistas se generó lectura y reporte oportuno de las ayudas diagnosticas: polisomnografías y videotelemetrias. En octubre se evidencia que por parte de los especialistas se generó lectura y reporte oportuno de las ayudas diagnosticas: polisomnografías y videotelemetrias.

El periodo comprendido entre Julio – Agosto – Septiembre – Octubre de 2018 el servicio de ayudas diagnosticas realizo 2367 exámenes entre audiología, oftalmología y neurología de los cuales se entregó al usuario 2110 exámenes, representado por el 89 %, es decir que existe una diferencia de 257 ayudas diagnosticas (electroencefalogramas y videotelemetrias), las cuales los usuarios no han acudido a retirar de CEHANI ESE. Se aclara que las ayudas diagnosticas de oftalmología y audiología son entregadas el mismo día en que se realizan, no obstante, por la complejidad de las ayudas diagnosticas de neurología se debe dar un espacio de tiempo para la lectura por parte del especialista, lo cual se encuentra establecido en el proceso.

Durante El periodo comprendido entre Julio – Agosto – Septiembre – Octubre de 2018 en consulta especializada y subespecializada (Retinología – Oftalmopediatria) de oftalmología se han atendido un total de 3045 usuarios.

GESTIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Proporción de cancelación de cirugías programadas por causa institucional: se tiene como meta 3.62%, el resultado para el cuatrimestre es de 1.4%, donde se cancelaron 12 cirugías por enfermedad de oftalmólogo

Oportunidad en la realización de cirugía programada: se tiene como resultado 16 días de oportunidad para la realización de cualquier cirugía de oftalmología vs a la meta o línea de base que es de 50.50 días, se dio cumplimiento disminuyendo los días que transcurren en que se solicita la cirugía y el día que se realiza.

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de catarata: se tiene como resultado 23.6 días. Comparando con los anteriores trimestres se logró con el cumplimiento de la meta disminuyendo los días considerablemente.

Porcentaje de diligenciamiento de consentimiento informado: se tiene como resultado 96.6%, de 40 historias clínicas que salen como resultado de una muestra probabilística aleatoria que corresponde al 10% del total de historias.

Infección del sitio quirúrgico: Durante el periodo no se presentó ninguna infección de sitio quirúrgico.

Diligenciamiento completo de los registros de historias clínica: se tiene como resultado el 99.5% de diligenciamiento de los registros que pertenecen a la historia clínica de cirugía ambulatoria los cuales hacen referencia a orden de medicamentos, registro post operatorio, incapacidades cuando se soliciten, notas de enfermería, lista de chequeo pre quirúrgica, lista de verificación para la seguridad quirúrgica del paciente, lista de chequeo para la seguridad anestésica de usuarios quirúrgicos (cuando aplique procedimiento con anestesiólogo)

Numero de complicaciones anestésicas locales: Durante el cuatrimestre no se presentó ninguna complicación por anestesia local.

Número de complicaciones anestésicas peribulbares y generales: Durante el cuatrimestre no se presentó ninguna complicación por anestesia peribulbares y generales.

GESTIÓN SERVICIO FARMACÉUTICO

Dispensación de medicamentos e insumos médicos: En el mes de julio se solicitaron 1350 medicamentos y dispositivos médicos, de los cuales se entregaron a pacientes 149011, la diferencia de solicitud disminuyo ya que se tenía medicamentos pedidos anteriormente y los medicamentos llegaron para este mes.

En el mes de agosto se solicitaron 710 medicamentos y dispositivos médicos y se entregaron 167368, se bajó la compra de medicamentos, por la suspensión de la entrega a las EPS por problemas administrativos.

En el mes de septiembre se devolvieron las autorizaciones de las EPS con las que se tenía contrato debido a problemas administrativos, por lo tanto, la entrega de medicamentos fue mínima se entregaron 525 ordenes, los cuales los medicamentos y dispositivos médicos se encontraban disponibles, cabe resaltar que en el transcurso de este mes no hubo radicación

Verificación y seguimiento a la aplicación estricta del protocolo de manejo de medicamentos de alto riesgo y LASSA: Con ayuda de las practicantes de Regencia de Farmacia se llevó a cabo la revisión de medicamentos de alto riesgo y LASSA, etiquetándolos cada uno con su respectivo stiker; alto riesgo va de color rojo y los medicamentos LASSA, con sticker de color azul.

Para el tercer trimestre se actualiza el listado de medicamentos de alto riesgo, se pasa a ser etiquetado con rotulo de alto riesgo y con color azul

Cumplimiento de los compromisos establecidos en el comité de farmacia y terapéutica: Dentro de los Comité de Farmacia y Terapéutica, no se han establecido compromisos a cumplir, sino tareas de las cuales, cada miembro del equipo farmacéutico ha cumplido satisfactoriamente.

Realización de inventarios periódicos: El inventario semestral se lo realizo separando los medicamentos, dispositivos e insumos médicos que pertenecen a farmacia y quirófano, se hizo el conteo de las existencias por lote, se clasifico todas las existencias de la siguiente manera: FARMACIA, CONSUMO, QUIROFANO y algunos productos que se los debe trasladar a almacén ya que son activos de Farmacia, a su vez esta clasificación tiene más ramificaciones de GENERAL, ALTO COSTO y SUPLEMENTOS DIETARIOS.

Realización de compras de medicamentos e insumos por medio electrónico: se evidencia el buen manejo del presupuesto y utilizando la plataforma electrónica como fuente principal de las adquisiciones de medicamentos e insumos.

Controlar los medicamentos e insumos próximos a vencer: todos los productos se gestionan para su devolución y no se han presentado casos de productos sin reportar. No se ha enviado carta por tabletearías y medicamentos de cadena de frío. Sin embargo, por falta de claridad en las cláusulas de los contratos se han tenido inconvenientes a la hora de recibir los medicamentos próximos a vencer. Otra causa es que algunos proveedores no responden los oficios de que si acepta o no el medicamento.

Verificación y seguimiento al proceso de recepción técnica: La verificación se la realiza cada vez que se certifica las facturas que deben ser pasadas a facturación, donde se revisa el número de factura, el valor total de la factura, y que el contrato este vigente, que el medicamento y el valor unitario sea lo mismo que la factura física y entrada de software coincida.

GESTIÓN DE LA CALIDAD

Revisión y seguimiento a los indicadores de proceso: El 28 de agosto de 2018, se realizó reunión de revisión por la dirección donde se verificó el cumplimiento de los indicadores con corte a agosto de 2018, donde se pudo verificar un buen avance en cuanto a las metas establecidas. Se toma la decisión que los indicadores deben ser medidos de acuerdo con la periodicidad de las matrices de aseguramiento para tener disponibilidad de la información cuando así se requiera. Se hace un análisis frente a los indicadores como no cumplidos en el presente periodo y se toman las acciones pertinentes para que al finalizar la vigencia se logre el cumplimiento. A partir de la vigencia 2018 se cargó la información de los indicadores en el sistema COMPUCONTA

Planificar y adelantar auditoría interna de calidad: Se realizó la auditoría interna de sistema de gestión de calidad en el mes de julio y agosto de 2018, los requisitos que le aplican a CEHANI bajo la norma ISO9001:2015 son 224 de los cuales se incumplen 15 (6,1 - 6,2 -7,1 - 7,2- 7,4 - 7,5 - 8,1 - 8,3 - 8,4 - 8,5 8,7 9,1 9,2 9,3 10). En la auditoría interna de calidad se detectan no conformidades que fueron llevadas a planes de mejoramiento para su tratamiento.

Se evidencia en el 2017 el cumplimiento del 91% y 2018 en un porcentaje del 93% respecto a los requisitos a cumplir. Hay que aclarar que de un año a otro se cambió la norma de calidad y se aumentaron los requisitos para la vigencia 2018.

El día 11 de julio de 2018 se realizó la visita previa de transferencia de certificación del sistema de gestión, donde se emite un informe de iniciar un proceso nuevo de otorgamiento de la certificación del sistema de gestión con ICONTEC.

Gestionar los eventos/incidentes adversos: Durante el mes de julio a octubre de 2018, se reportaron 5 incidentes relacionados con prevención de caídas, golpes o fracturas y con identificación correcta de paciente.

Para los eventos anteriormente mencionados, se realizó apertura los planes de mejoramiento N° 55, 56, 58, 72 y 75, los cuales se gestionaron como lo indica el procedimiento PR- GDC - 007, para cada incidente se realizaron las acciones pertinentes para subsanar o corregir las debilidades presentadas y la evidencias se encuentran anexas en cada plan de mejoramiento. En el periodo del informe no se presentan eventos adversos.

Realizar rondas de seguridad con enfoque de seguridad del paciente (Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente (BPSP) emanadas por el Ministerio de Protección Social): En los meses

de enero a agosto del presente año, se ejecutaron las rondas de seguridad correspondientes a los 6 procesos seguros, teniendo en cuenta la programación realizada y aprobada por comité de seguridad del paciente con acta N° 02 de fecha 13 de febrero de 2018, donde consta la programación de dichas rondas; estas rondas cuentan con su respectivo informe, listas de chequeo y listados de asistencia como corresponde. Dentro de las listas de chequeo se hicieron varios hallazgos derivados de la observación en los procesos seguros, donde encontramos debilidad en el proceso del lavado de manos y uso de gel antibacterial, falta del uso del tapabocas del personal y entrega a usuarios cuando se padece enfermedades virales, falta del correcto uso de camilla y educación a pacientes en cuanto a caídas, para todos estos hallazgos se están adelantando las actividades pertinentes con el fin de subsanar los errores y fortalecer los conocimientos en cada una de las prácticas establecidas en el programa de seguridad del paciente.

Acompañamiento en el diseño e implementación de los planes de mejoramiento de los procesos de la entidad: Se realizó el acompañamiento en la elaboración y diseño de 76 planes de mejoramiento, donde se brindó el apoyo en el análisis de causas y formulación de las acciones. En la tabla siguiente se puede observar el comportamiento

NO.ACIONES	CONCEPTO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
33	En ejecución	43,42105263
31	Ejecutadas	40,78947368
2	Atrazadas	2,631578947
10	Eliminadas	13,15789474
76	TOTAL PM ENERO A OCTUBRE 2018	100
100%	% AVANCE ACTIVIDADES	76

Implementación de SARLAFT: Etapa de identificación del riesgo. - Se cuenta con la matriz de riesgos documenta de SARLAFT, donde se tuvo en cuenta la guía básica de administración de riesgos que la entidad tenía diseñada GU-GRI-001. A la fecha se tiene identificado 20 riesgos, de los cuales 3 se encuentran en zona de riesgo alta, 3 en moderada y 14 en baja, sin embargo en el cuarto trimestre se realizará el ajuste a la matriz teniendo en cuenta que se ha podido observar la efectividad de los controles disminuyéndose la zona de riesgo. Controles. - Se viene realizando los diferentes reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), tal como lo establece la circular externa 009 del 21 de abril de 2016, no se han presentado reportes internos ni tampoco a la UIAF relacionado con reportes de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (reporte ROS), reporte de ausencia de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (Reporte de ausencia de ROS), reporte de transacciones individual en efectivo, reporte de transacción múltiple en efectivo, reporte de ausencia de transacciones en efectivo. Adicional se cuenta con el software para la realización de las consultas de las listas nacionales e internacionales CHECK LISTAS que consiste en la relación de personas que de acuerdo con el organismo que los publica, pueden estar vinculados con actividades de LA/FT, lo anterior en cumplimiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo.

Realizar reportes de acuerdo con las exigencias normativas (Circular externa No.0009) SUPERSALUD: En los meses de julio a octubre de 2018 se realizaron los reportes correspondientes a la UIAF. Los reportes se realizaron con ausencia de situaciones presentadas de LA/FT

Otra de las actividades que se viene desarrollando y liderando conjuntamente con el direccionamiento es el tema de MIPG; donde se da a conocer los resultados del autodiagnóstico MIPG al comité institucional de gestión y desempeño, a la fecha se tiene realizado el autodiagnóstico y los planes de acción especificando las alternativas de mejora con sus responsables y fechas de implementación.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

AJUSTE Y VIABILIZACION POR PARTE DEL IDSN DE 2 PROYECTOS DE INVERSION: se realizó el ajuste al proyecto de salud visual que está en proceso de revisión y concepto del IDSN. Se hizo ajuste a la población y los ingresos con base en las proyecciones por venta de servicios de salud de oftalmología.

MANTENER LA HABILITACIÓN DE TODOS LOS SERVICIOS DECLARADOS EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: Se encuentran habilitados todos los servicios registrados en el REPS en total son 14, 11 servicios que vienen desde la vigencia 2016 y 2 habilitados en la vigencia 2017 correspondientes a los servicios de neurología y medicina física - rehabilitación. Se habilitó el servicio de cirugía en otorrinolaringología, con fecha de 21/03/2018.

HABILITACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA: Se habilito (1) el servicio de cirugía en otorrinolaringología, con fecha de 21 de marzo de 2018.

EJECUCIÓN INFORME PAMEC: Producto de las auditorias PAMEC realizadas en el mes de octubre con enfoque de acreditación de acuerdo a cada uno de los estándares, se genera en el mes de noviembre el informe PAMEC de acuerdo a los hallazgos que se presentaron durante la ejecución de la auditoria.

ELABORAR LAS AUDITORIAS PAMEC DE CONFORMIDAD AL CRONOGRAMA DE PLAN DE AUDITORIAS DE LA INSTITUCIÓN: Se hizo la programación de auditorías PAMEC con fecha de 25 de septiembre del presente año, con enfoque de acreditación ejecutadas en el mes de octubre de acuerdo a cada uno de los estándares de acreditación conjunto a cada uno de los procesos de la Entidad.

REVISIÓN Y AJUSTE DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD: Este modelo está incipiente, es necesario realizar capacitaciones y entablar conversaciones con las EPS para definir el modelo de atención con enfoque de RISS, RIAS Y MIAS

REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN DE INDICADORES 743 PARA SU PRESENTACIÓN A LA JUNTA DIRECTIVA: Se presentó el plan de gestión de la vigencia 2017, la calificación se hizo en reunión de Junta Directiva el 12 de abril de 2018. La Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013, y 408 de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento refleja la calificación, el Gerente presenta ante la Junta Directiva para el periodo 2016-2020, donde se consolida de manera cualitativa y cuantitativa, los compromisos para el período gerencial, estableciendo entre otros aspectos las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, a través de acta de 004 del 12 de abril del 2018

ACREDITACIÓN DE LA ENTIDAD: Se encuentra dentro del término de cumplimiento, se realizan estudios, ajustes, avances, reuniones con los líderes de proceso para el desarrollo del proceso de acreditación en lo que correspondiente a la etapa preparatoria.

OBTENER LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015: La entidad se certificó en el mes de septiembre con ICONTEC en ISO9001-2015., realizando el proceso de transición satisfactoriamente.

AJUSTE DEL PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL PARA SU IMPLEMENTACIÓN POR PARTE DEL LIDER DEL PROCESO GPSA: Existe un documento codificado Código: DI-GPSA-004, Con fecha de aplicación del 7 de junio de 2018. donde se desarrolla programa de responsabilidad social y empresarial, debido a los cambios ISO9001 este programa pasó bajo responsabilidad del PROCESO GESTIÓN PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCION AL USUARIO, por ser de su conocimiento y competencia

COORDINAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN GERENCIAL DE COMUNICACIONES: El plan de comunicaciones se encuentra realizado y codificado como PL-DRE-006, con fecha de aplicación del 7 de junio de 2018 el cual fue elaborado con apoyo y acompañamiento de Gestión de Calidad y el Comunicador social de la entidad teniendo en cuenta la misión y los objetivos de la Entidad

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS FRENTE A LA FACTURACIÓN DE LOS MISMOS:

- **MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA:** la facturación por venta de este grupo de servicios, durante el mes de julio de 2018 fue de \$45.172.924, el cual al ser comparado con el mismo periodo del año 2017, presenta una diferencia positiva de \$18.967.725. Igual comportamiento de presenta al realizar el comparativo con el mes inmediatamente anterior, frente al cual presenta una diferencia de \$15.082.962 que corresponde a 33.38% de incremento. la facturación por venta de este grupo de servicios, durante el mes de agosto de 2018 fue de \$55.737.795, que, al ser comparado con el mismo periodo del año 2017, presenta una diferencia positiva de \$28.916.396 y respecto al mes inmediatamente anterior del mismo año, la diferencia positiva es de \$10.564.871 que corresponde a 18.95% del total

En los servicios de consulta especializada y subespecializada, se tiene que al comparar septiembre de 2018 con septiembre de 2017 en total se presenta un incremento del 34.5%, siendo OFTALMOLOGIA el que tiene el comportamiento más significativo al pasar de 8.824.500 a 17.793.950. Si observamos las otras especialidades, cada una de ellas en mayor o menor porcentaje presenta aumento en el valor de la facturación, a excepción de Genética y ORL que presentan disminución

- **APOYO TERAPEUTICO, PSICOLOGIA Y NEUROPSICOLOGIA:** En lo referente a los servicios de apoyo terapéutico, psicología y neuropsicología, en la facturación total se evidencia una leve disminución respecto a julio de 2017, del 2.85% y un incremento del 22.94% respecto al mes de junio de la presente vigencia que corresponde en dinero a \$32.690.767

De acuerdo a los datos de facturación, se puede evidenciar que los servicios que presentan disminución en comparación con el mismo mes de 2017 son terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y Psicología, mientras que hidroterapia y neuropsicología tienen un significativo incremento. Al realizar la comparación con el mes de junio de 2018 todos los servicios tienen comportamiento positivo

En lo referente a los servicios de apoyo terapéutico se presenta una preocupante disminución en todas las áreas durante el mes de agosto respecto del mismo mes de 2017 y julio de 2018, disminuyendo en total un 41% y un 34% respectivamente. Esta situación no es normal ya que apoyo terapéutico tradicionalmente ha presentado un comportamiento regular sin mayores diferencias en los valores facturados. Por lo anterior se considera pertinente realizar una revisión de la facturación ya que es un comportamiento inusual sobre todo en lo referente a hidroterapia y todas las áreas de terapia que siempre han tenido un comportamiento muy constante

En apoyo terapéutico se presenta una variación bastante positiva en el servicio de hidroterapia entre septiembre de 2017 y septiembre de 2018, el cual viene aumentando debido a la creciente población remitida básicamente por la NUEVA EPS. A pesar de este aumento es importante tener en cuenta que esta situación no es muy beneficiosa para la entidad, no solo por la concentración de usuarios remitidos por una sola entidad, sino también, y principalmente, por la dificultad en los pagos de dicha entidad que generalmente presenta una cartera elevada llevando muchas veces a la necesidad de restringir la prestación del servicio. De allí que se debe pensar en lograr una mayor venta con las demás entidades y básicamente con usuarios particulares

- **AYUDAS DIAGNOSTICAS –AUDIOLOGIA:** En ayudas diagnosticas de audiología, el valor en cuanto a facturación del mes de julio de 2018 aumento en un 75.22% respecto a julio de 2017 con una diferencia de \$37.552.421. Al realizar la comparación con el mes inmediatamente

anterior se refleja similar comportamiento. Dentro de estos valores se tiene un dato significativo en adaptación de audífonos que representa el 67.40% del valor facturado en todas las ayudas diagnosticas

- En ayudas diagnosticas de audiología, el valor en cuanto a facturación del mes de agosto de 2018 aumento en un 35% respecto a agosto de 2017 con una diferencia de \$8.613.418 Al realizar la comparación con el mes inmediatamente anterior el comportamiento es diferente ya que presenta una disminución del 50.8% el cual se presenta básicamente en adaptación de audífonos y terapia vestibular. Sin embargo, son estos dos servicios los de mayor facturación y representan el 71.3% del valor total en las ayudas diagnósticas. Es importante aclarar que adaptación de audífonos el valor no corresponde a un mayor número de ayudas diagnosticas adaptadas sino a la adaptación de audífonos de alta gama que tienen precios más altos que los convencionales

En ayudas diagnosticas de audiología, el valor en cuanto a facturación del mes de septiembre de 2018 aumento en un 44.6% respecto a septiembre de 2017 con una diferencia de \$11.503.575, siendo el servicio que mayor incremento presenta el de Terapia Vestibular

- **AYUDAS DIAGNOSTICAS- NEUROLOGIA Y OFTALMOLOGIA:** En el grupo de servicios de ayudas diagnosticas de neurología y oftalmología, se observa un aumento del 26.83% en el valor total de la facturación respecto al mes de junio de 2018 y una leve disminución con respecto al mismo mes de la vigencia 2017. De acuerdo a las cifras se puede evidenciar que las ayudas del área de neurología siguen representando el mayor porcentaje de participación en el total de este grupo de servicios

Las ayudas diagnosticas de neurología y oftalmología, disminuyeron en un 1.5% con respecto al mes de agosto de 2017 y aumentaron en un 1% respecto al mes de julio de 2018. De acuerdo a las cifras se puede evidenciar en general un comportamiento casi estable y dentro del grupo las ayudas del área de neurología disminuyeron y se presenta aumento en las ayudas del área de oftalmología, lo cual es consistente con el aumento de la consulta médica de esta especialidad

En ayudas diagnosticas de neurología y oftalmología, se presenta un aumento del 16.7% en el valor total de la facturación del mes de septiembre de 2018 respecto a septiembre de 2017 y una disminución del 16.3% con respecto al mes de agosto 2018

- **CIRUGIA AMBULATORIA:** Cirugía ambulatoria por ser un servicio que inicio en el segundo semestre de 2017, su facturación en este periodo es mínima con respecto al mismo mes de 2018. De acuerdo a los valores facturados en los meses de junio y julio podemos evidenciar que es un servicio que ha crecido considerablemente y que tiene una tendencia muy positiva. Lo anterior significa que los nuevos servicios de oftalmología y cirugía oftalmológica están cobrando importancia dentro del portafolio de la entidad y que las terapias, y dentro de ellas hidroterapia y las ayudas diagnosticas de neurología siguen teniendo una demanda significativa, por lo cual debemos continuar mejorando

En cirugía ambulatoria no se presenta facturación en el mes de agosto de 2017. Al mirar la facturación del mes de agosto de 2018 con respecto al mes de julio, aumento en \$91.911.835, es decir un 47.6%, por lo que se puede decir que cirugía ambulatoria se está consolidando como un servicio que generara mayores ingresos dentro de todo el portafolio que oferta CEHANI ESE, lo cual se evidencia en las nuevas contrataciones que ha realizado la entidad con todas las administradoras de planes de beneficios y demás entidades del sector que prestan servicios de salud

En septiembre de 2017 se presenta la primera facturación de cirugía ambulatoria por un valor de 62.890.230 incluido el valor de los insumos. Al comparar la facturación de septiembre 2017 con el mismo mes del 2018 y esta última con agosto del mismo año, se puede determinar que cirugía oftalmológica es un servicio que viene impactando positivamente en el portafolio de la entidad y que por lo tanto se debe realizar una mayor publicidad del mismo dirigida a captar la

población particular del departamento y lograr una mayor remisión de usuarios de las diferentes entidades que contratan este servicio

- **DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS:** Para julio de 2018, la facturación fue por valor de 1.591.822.708, valores que se facturan al IDSN bajo el modelo II de atención y se inicia la ejecución de los contratos suscritos con las EPS para el suministro de medicamentos. Así el mayor valor facturado se dio con Emssanar EPS con \$896.347.001, seguido de EPS Mallamas con 422.340.579 y con EPS Comfamiliar se factura un valor de 252.190.215. Igualmente se facturan medicamentos homólogos los que se presentan a las diferentes EPS, por un valor de \$14.749.002

Al realizar el comparativo con el mes de junio se observa una disminución de más del 50% en el total de la facturación. Lo anterior se presenta porque en el mes de junio aún se facturaba valores con cargo al contrato de 2017 suscrito con el IDSN

La dispensación de medicamentos en los últimos meses ha sufrido inconvenientes generados por la poca disponibilidad de recursos por parte del ente territorial para cubrir los medicamentos No POS, bajo el modelo II de atención, lo que llevó a la decisión por parte de la Gerencia de CEHANI a suspender la entrega de los mismos. Esto repercutió en la facturación que se genera de este servicio. Sin embargo durante el mes de agosto el valor facturado corresponde a autorizaciones recibidas con anterioridad, de allí que el valor facturado sea superior en un 33% al del mes de julio de 2018

Durante el mes de septiembre, a pesar de encontrarse suspendida la entrega de medicamentos No Pos a los usuarios del régimen subsidiado, el valor facturado al IDSN por este concepto corresponde a \$2.205.368.588 con tan solo \$16.420.216 por debajo de lo facturado en el mes de agosto. La entrega de medicamentos corresponde a las autorizaciones que fueron expedidas en meses anteriores y que por diferentes razones no se habían podido entregar a los usuarios. Igualmente durante el mes se entregaron medicamentos No Poss que por fallos de tutela debían ser cubiertos por las EPS, con posterior recobro al ente correspondiente. Por este concepto se facturó la suma de \$24.174.376, 100% más de lo facturado en el mes de agosto. Otro valor a destacar es el que corresponde a medicamentos homólogos presentado a las diferentes EPS, que fue muy superior al del mes de agosto.

ELABORAR Y COORDINAR LA EJECUCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO: Se realiza auditoría al Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano vigencia 2018 por parte de la oficina de Control Interno, se verifica que a la fecha según el cronograma correspondiente se cumple adecuadamente con las actividades del plan, encontrándose actividades pendientes por motivo de plazo en el cronograma, además se presentan recomendaciones de forma y no de fondo al plan las cuales son ajustadas y se encuentran en proceso de codificación

AUTOEVALUACIÓN PARA ACREDITACIÓN: Se realizó una capacitación el día 27 de abril del presente año para la autoevaluación y acreditación, además se ajustó el plazo en comité coordinador de control interno con fecha de 26 de junio de 2018 acta No. 002 aplazado para mes de septiembre, se realiza la Programación Autoevaluación Acreditación con fecha 25 de septiembre y se ejecuta conjuntamente con las auditorías PAMEC con enfoque de acreditación ejecutadas en el mes de octubre de acuerdo a cada uno de los estándares de acreditación conjunto a cada uno de los procesos de la Entidad

FIRMADO EN ORIGINAL
ROBERT WILSON SALDAÑA BASANTE
Jefe Oficina Asesora de Control Interno