



**CEHANI**

Empresa Social del Estado

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

**2019**

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 noviembre de 2018 al 28 de febrero de 2019.

## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO PRIMER CUATRIMESTRE 2019

### GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

#### **Ejecución del Plan Institucional de Capacitación:**

##### **Noviembre y Diciembre de 2018:**

En los meses de noviembre y diciembre de 2018, no se realizan capacitaciones ya que en el cronograma del PIC, las capacitaciones se encontraban programadas hasta el mes de octubre, se aclara que se dio cumplimiento del 100% en la ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones.

##### **Enero y Febrero de 2019:**

En el mes de Enero se elabora el Plan Institucional de Capacitaciones, el cual consta de 23 actividades de capacitaciones, - se entrega a Calidad.

En el mes de febrero se da inicio a la ejecución del PIC, con la capacitación programada para el 01 de Febrero de 2019, sobre el nuevo Sistema de Evaluación de Desempeño Laboral (SEDEL), que va dirigido al personal de carrera administrativa, al personal que se encuentra en periodo de prueba y al personal evaluador.

**Ejecución del plan de bienestar social e incentivos: Noviembre y Diciembre de 2018:** En los Meses de noviembre y diciembre de 2018, se programaron 3 actividades y se ejecutaron 3, en las fechas establecidas en el plan las siguientes actividades:

ACTIVIDADES
• Conmemoración de cumpleaños – mes de noviembre
• Actividad de integración con los funcionarios – mes de diciembre
• Conmemoración de cumpleaños – mes de diciembre

Al final de la vigencia 2018, se da cumplimiento al 100% de las actividades programadas en este plan. Adicionalmente en el mes de diciembre se llevaron a cabo las encuestas de necesidades tanto de bienestar social como del Plan Institucional de Capacitaciones, para elaborar los planes y programan las actividades para la vigencia 2019.

##### **Enero y Febrero de 2019:**

En el mes de Enero se finaliza la elaboración del plan de Bienestar Social e incentivos, que consta de 19 actividades, se entrega a la oficina de Calidad para su codificación.

El 28 de febrero se realiza la primera actividad de Bienestar Social que consiste en la conmemoración de cumpleaños.

**Implementación del plan de humanización de la atención en salud enfocado al personal de CEHANI:** Las actividades del plan de humanización se encuentran directamente ligadas al Plan Institucional de Capacitaciones y al Plan de Bienestar Social e incentivos y actividades de Seguridad y Salud en el trabajo, por lo tanto las actividades realizadas en estos meses son las mismas del plan de bienestar social e incentivos.

**Tramites Comisión Nacional del Servicio Civil:** Para la convocatoria 426 de 2016, de las E.S.E, CEHANI E.S.E, reportaron 11 cargos, de los cuales 8 son asistenciales, uno de ellos se encuentra en vacancia y 3 administrativos.

**Noviembre y Diciembre de 2018:**

Entre los días 05 y 06 del mes de Diciembre de 2018, se publicaron las listas de elegibles y la CNSC, solicitó a las diferentes E.S.E, verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos del personal en dicha lista, con fecha límite de entrega de novedades 14 de Diciembre de 2018, esta labor se realizó con la comisión de personal, según la recomendación dada por la CNSC, se enviaron las novedades encontradas.

El 15 de diciembre la CNSC, inicia a declarar firmeza de algunos concursantes, para estos se elaboró la resolución de nombramiento y se les notificó oportunamente, aclarando que tienen 10 días hábiles para dar respuesta de aceptación o rechazo del cargo.

El 31 de Diciembre se realiza el acto administrativo de nombramiento en periodo de prueba a los primeros 4 cargos (2 administrativos y 2 asistenciales), de igual manera se notifica al personal nombrado informando que tienen 10 días hábiles para aceptar o rechazar el nombramiento, y por esta razón en la vigencia 2018 no se provee ningún cargo.

Se realizan 4 nombramientos en periodo de prueba únicamente uno de ellos es personal que no pertenece a la entidad (profesional universitario GSI), los otros 3 cargos, los seguirán ocupando los funcionarios que venían en provisionalidad ya que ellos fueron los ganadores del concurso.

**Enero y Febrero de 2019:**

El 21 de Enero de 2019, se hace la posesión de los 4 nombrados en periodo de prueba.

**Saneamiento de aportes patronales: Porvenir (Cesantías): Noviembre y Diciembre de 2018:**

Se envían correos electrónicos a Protección, Porvenir y al FNA, solicitando agilidad en el pago de los saldos a favor de CEHANI, ya que en julio se firmó acta con FNA, y en Septiembre con Protección y Porvenir.

**Enero y Febrero de 2019:**

**Protección (Cesantías):** El 30 de Enero Protección, realiza el traslado del excedente por concepto de recursos propios de la entidad, correspondiente al acta firmada el 07 de Septiembre de 2018, con cesantías Protección, que corresponde a las vigencias 2012-2016, el traslado realizado es por valor de \$ 3.148.937, (Tres Millones Ciento Cuarenta y Ocho Mil Novecientos Treinta y Siete Pesos.

**Fondo Nacional del Ahorro:** Con el FNA, se recupera un valor de \$ 12.300.116 (Doce Millones Trecientos Mil Ciento Dieciséis Pesos M/c), por concepto de traslado del excedente por concepto de recursos propios de la entidad, según acta firmada en el mes de agosto de 2018.

## **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: Vigencia 2018** Durante el primer, segundo y tercer trimestre no se presentaron escritos de notificación respecto a procesos judiciales en el cual la entidad sea parte

**Vigencia 2019** Para los meses correspondiente de enero a febrero del presente año, no se han presentado escritos de notificación respecto a procesos judiciales.

**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:**

**Vigencia 2018:** Entre los meses de noviembre a diciembre, únicamente se radicaron dos (2) tutelas, los cuales fueron contestados dentro del término legal previsto por el Despacho judicial.

**Vigencia 2019** Entre los meses de enero a febrero, se radicaron nueve (09) tutelas, y cuatro (04) Incidentes de desacato, los cuales fueron contestados dentro del término legal previsto por el Despacho judicial

**Incidentes de Desacato:** Para los meses enero y febrero de 2019, se radicaron cuatro (4) Incidentes de Desacato, los cuales fueron contestados dentro del término legal previsto por el Despacho judicial, de los cuales todos los anteriores fueron relacionados con la entrega de medicamentos.

**Absolver las peticiones planteadas por los usuarios/pacientes de la Entidad dentro del marco legal:** se puede tener como base que para la vigencia 2018, se radicaron ciento cinco 105 derechos de petición, los cuales fueron contestados dentro del término legal previsto por la normatividad, y fueron relacionados de la siguiente manera.

Para el mes de enero se radicaron veinte (20) peticiones y para Para el mes de febrero se radicaron tres (03) peticiones.

**GESTIÓN ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**

**Dar cumplimiento de los requisitos legales para la adquisición de bienes y servicios:** Esta oficina adelanta el proceso de contratación de acuerdo a las necesidades requeridas por parte de las diferentes dependencias, unidades funcionales, y líderes de procesos de la Entidad

**Contratación de bienes y servicios acordes a las necesidades que requiera la Entidad:**

Vigencia 2018: Para el año 2018, se suscribieron setecientos cuarenta y cinco (745) contratos en las diferentes modalidades de contratación, tal como se relaciona a continuación, así:

Tipo de Contrato	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Suministro	31	54	22	25	42	35	25	33	18	9	5	4	303
Prestación de Servicios	138	2	8	5	2	1	75	20	57	94	10	3	415
Compraventa	8	-	1	1	1	-	-	1	-	-	-	-	12
Seguros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obra	4	-	-	-	-	-	1	-	2	2	-	1	10
Arrendamiento	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	5
<b>TOTAL</b>													745

**Vigencia 2019:** Entre los meses de enero a febrero del presente año, se han suscrito 109 contratos relacionados de la manera, así:

ENERO. - En el mes de enero existieron 80 consecutivos para contratos, de los cuales 8 números no se utilizaron, se radicaron 71 contratos, se legalizaron 67 contratos de prestación de servicios, 3 de suministro y 1 contrato de compraventa, para un total de 71 contratos legalizados y publicados en Secop.

FEBRERO. - En el mes de febrero se suscribieron 38 contratos, de los cuales se legalizaron 32 contratos de prestación de servicios, 5 de suministro y 1 contrato de Obra, para un total de 38 contratos legalizados y publicados en Secop.

**PUBLICACION SECOP** – 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 la vigencia 2018 y los meses de enero y febrero 2019, en la plataforma SECOP. [www.colombiacompra.gov.co](http://www.colombiacompra.gov.co).

## **GESTIÓN APOYO LOGÍSTICO**

**IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL – SGA:** Para los meses de noviembre – diciembre del año 2018 se realizó la socialización de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental – SGA y su relación con los procesos de la Entidad, la política, objetivos, requisitos legales y matriz de aspectos ambientales; se estableció los criterios ambientales de operación para los procesos de la Entidad; se avanzó en la implementación de acciones para abordar el cumplimiento de los requisitos legales ambientales vigentes y otros requisitos, así como también en la implementación y fortalecimiento de las acciones para abordar los aspectos ambientales significativos.

En los meses de enero – febrero de 2019 se revisaron los controles identificados para la gestión de aspectos e impactos ambientales y se priorizó su implementación; se avanzó en el trámite del Registro de Generadores, obteniendo la asignación del usuario y contraseña con lo que se inicia el diligenciamiento de la información requerida; respecto al permiso de vertimientos se realizó la cotización de los análisis fisicoquímicos y en relación al Programa para la Gestión de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos – RAEE se tiene como avance la estructura documental del mismo hasta los requerimientos técnicos.

**Consumo de Agua:** Para los meses de noviembre – diciembre de 2018, se presentó un consumo promedio de 299,5 m<sup>3</sup> de agua relacionado a un 0,45%; de la misma manera para los meses de enero – febrero de 2019 se evidencia un consumo hídrico promedio de 157 m<sup>3</sup> asociado a un 9,5%, ubicándose en ambos periodos por debajo de la meta propuesta; es de resaltar que para el mes de febrero el comportamiento permite ver que el esfuerzo es tendiente a lograr dicha meta pese a que los resultados obtenidos no permitieron alcanzar la misma, también a lo anterior se agrega que en el consumo total de agua de la Entidad ya se incluye el servicio prestado por EMPOPASTO como suministro al área de quirófano.

**Consumo de energía:** Para los meses de noviembre – diciembre de 2018 se presentó un consumo de 5963,1 kw/h con un valor porcentual de 0,515%; de la misma manera en los meses de enero – febrero de 2019 solo se presenta la medición del indicador para el mes de enero con un consumo de 415 kw/h y un porcentaje de cumplimiento del 8%; es de resaltar que solo en el periodo 2019 se logra la meta propuesta con la información suministrada en el mes de enero ya que en lo que corresponde al mes de febrero al momento de la medición del indicador no se cuenta con la factura de consumo expedida por el prestador de los servicios eléctricos.

**Cumplimiento cronograma programa Liderazgo y Compromiso:** Para los meses de noviembre – diciembre de 2018, se realizó el Stan de las 3Rs (Reducir, Reusar y Reciclar) iniciativa la cual tiene como objetivo de congregar a todos los funcionarios y usuarios de CEHANI ESE para crear un espacio de discusión para impulsar un ambiente y una política favorables para contribuir en la conservación del medio ambiente. Actividad realizada para dar cumplimiento a la red Global de Hospitales Verdes y Saludables puntualizando el objetivo de Liderazgo y Residuos y a su vez también apuntándole a

PGIRSH. El día 26 de noviembre se realizó en la Cámara de Comercio de Nariño la primera Asamblea Departamental de Cambio Climático. En esta reunión se socializó todos los avances que se han logrado a nivel departamental en cuanto a la mitigación al cambio climático. Esta reunión también sirvió para adquirir el compromiso de hacer parte de la mesa, se hizo el primer paso de inscripción de la institución, falta la confirmación oficial la cual es emitida por esta Entidad.

De la misma manera en los meses de enero – febrero de 2019, se realiza la planificación de actividades de liderazgo para el cumplimiento a la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables – Salud sin Daño; aunado a lo anterior se da continuidad a la venta de residuos reciclables, generando como ingreso por su venta un valor de \$43.000, los cuales fueron entregados al tesorero de la Entidad. En este mes se recolecta la información para realizar la medición de la Huella de Carbono de la Institución. Se realiza el seguimiento a la medición de cloro residual, se planifican y realizan infografía y planifica campaña para el ahorro de energía.

**Sustancias Químicas:** En cumplimiento al presente objetivo, se realizaron 11 actividades de las cuales se han ejecutado en su totalidad, Es importante mencionar que estas actividades se realizan varias veces al mes con el fin de darle seguimiento para la mejora continua.

**Destinación de Relleno Sanitario** - Para los meses de noviembre – diciembre de 2018, se evidencia una generación de 174,3 kg de residuos con destinación en relleno sanitario gestionados en su totalidad (100%); de manera similar se observa que para los meses de enero – febrero de 2019 se generaron 249 kg de residuos ordinarios e inertes que fueron dispuestos en el relleno sanitario del municipio de Pasto. Los resultados obtenidos en las dos vigencias han permitido lograr satisfactoriamente la meta y el esfuerzo propuestos.

**Destinación reciclaje** - Se evidencia que para los meses de noviembre – diciembre de 2018 se generaron 82,8 kg de residuos con un valor de aprovechamiento para procesos de reciclaje; de la misma manera en los meses de enero – febrero de 2019 se gestionaron como material susceptible de reciclaje 113,25 kg de residuos sólidos.

**Destinación de incineración:** Al realizar la medición del presente indicador se observa que en los meses de noviembre – diciembre de 2018 se generó en promedio alrededor de 150,3 kg de residuos peligrosos para disposición final por incineración térmica. Por su parte, para los meses de enero – febrero de 2019 aproximadamente se generaron 92,6 kg de residuos con destinación de incineración, los cuales en su totalidad (100%) fueron gestionados por la Entidad.

**Nivel de adherencia a Manual de Aseo, Limpieza y Desinfección:** Para dar cumplimiento al presente objetivo se verificó 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:** Para la vigencia 2018 se proyectó un PAA inicial de \$16.097.379.945, el cual a lo largo del periodo presentó adiciones por valor de \$17.318.530.375 para un valor definitivo \$33.415.910.320 al final de la vigencia y una ejecución de \$24.277.787.210 Para los meses de noviembre y diciembre se ejecutó \$2.148.265.888, con una ejecución del 13.81% muestra un comportamiento variables a los meses anteriores

Con respecto al comportamiento por rubros en la ejecución del PAA del 2018, los rubros con mayor movimiento en los meses de noviembre y diciembre son: Capacitación con el 77.65%, Mantenimiento con el 58.93%, Servicio Comunicación y transporte con el 49.96%

Para la vigencia 2019 se proyectó el PAA por valor de \$20,090,026,519.00; en el mes de febrero se realizó una adición por valor de \$7.495.370.885,18, los cuales fueron cargados a los rubros que se encuentran registrados el PAA tales como: servicios profesionales técnicos y operativos, impresos y publicaciones, mantenimiento, material médico quirúrgico y dotación de hospitales, centros de salud y puestos de salud; y a otro porcentaje fue asignado a cuentas por pagar, determinando un valor definitivo de \$20,928,948,044.

En los meses de enero y febrero de 2019 se ejecutó \$1,756,401,589.37 con un porcentaje de 9.08% del presupuesto inicial, cabe resaltar que los rubros con mayor ejecución son: Materiales y Suministro con el 60.26%, Seguros y pólizas de garantía con el 62.50%,

**Bienes depurados:** Para los meses de noviembre – diciembre de 2018, mediante resolución No 073 del 15 de agosto se dio de baja unos bienes muebles de propiedad de CEHANI, y su respectiva salida del sistema Compuconta y con ello se realiza convocatoria abierta del 15 de agosto del 2018 para realizar la donación de unos bienes muebles de propiedad de CEHANI, de acuerdo a lo anterior se recibió una solicitud de la I.E. Agropecuaria de Polachayan, y su posterior entrega. Es de resaltar que lo relacionado a la venta directa de la buseta oficial, estufa industrial y campana extractora quedando pendiente. De la misma manera en los meses de enero – febrero de 2019 no se reporta la dada de bajas de bienes e inmuebles de la Entidad.

**Porcentaje de activos asegurados:** Para los meses de noviembre – diciembre de 2018, 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 vehículos (motocicleta). 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. Es de notar que en lo que respecta a enero – febrero de 2019, se aseguraron los bienes e inmuebles de la Entidad mediante póliza todo riesgo daños materiales Entidades estatales No. 436-83-994000000042 por valor de \$7.902.276.609.

## **GESTIÓN TECNOLÓGICA**

**Elaboración plan de mantenimiento institucional:** Se elaboró el Plan de Mantenimiento Hospitalario en el mes de enero de la vigencia, el cual fue presentado a los entes de control.

**Ejecución del plan de mantenimiento institucional 2018:** Para los meses de noviembre – diciembre de 2018, de acuerdo al cronograma del Plan de mantenimiento se programaron 185 mantenimientos de los cuales se desarrollaron en su totalidad correspondientes a 32 equipos de cómputo, 145 biomédico e industriales, de igual manera se realizó 3 mantenimiento a la infraestructura, 3 mantenimiento red sanitaria, 1 mantenimientos a red de oxígeno, 1 equipos de comunicación; porcentaje de cumplimiento 100%.

En la ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario para los meses de enero – febrero de 2019 se programaron 160 mantenimientos de los cuales corresponden a 134 equipos biomédicos, 17 de cómputo, uno de infraestructura, 4 muebles y enseres, 4 de comunicación

**Nivel de cumplimiento del cronograma de calibración:** Para los meses de noviembre – diciembre de 2018 se realizó calibración a 3 equipos correspondientes a los electroencefalogramas; caso contrario a los meses de enero – febrero de 2019 donde no se presentan calibraciones puesto que están programadas para los meses de julio y noviembre.

## **GESTIÓN SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN**

**Garantizar el cumplimiento del desarrollo del plan de trabajo Gobierno en Línea:** En la vigencia enero – diciembre del año 2018 el alcance de cumplimiento del Indicador Nivel de cumplimiento del plan de trabajo de Gobierno en línea fue de 90.4% superando la meta establecida del 80%.

**Garantizar el cumplimiento del plan de gerencia de la información de acuerdo con lo planificado:** En el primer trimestre (ENERO - MARZO), se cumplieron 4 actividades de las cuales se ejecutaron en su totalidad representando así un porcentaje de avance del 40, en el segundo trimestre (ABRIL - JUNIO), se cumplieron 6 actividades, avanzando al 60 % de cumplimiento, para el tercer trimestre (JULIO - SEPTIEMBRE), se programaron un total de 11 actividades, representando un acumulado de 75 % de avance de cumplimiento.

**Garantizar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información:** En la vigencia enero - diciembre el alcance de cumplimiento del Indicador Nivel de cumplimiento de políticas de seguridad de la información obtuvo un promedio del 57.34 5% NO superando la meta establecida del 85%  
En el primer trimestre (ENERO - MARZO), se dio cumplimiento en un 91%, ya que 14 usuarios NO realizaron copia seguridad. Para el segundo trimestre (ABRIL-JUNIO) al realizar seguimiento a la generación de copias de seguridad por parte de cada funcionario, de las 71 unidades virtuales solamente 35 realizaron su copia de seguridad, esto da como resultado un 49.2 % de cumplimiento, Para el último trimestre (OCTUBRE-DICIEMBRE) de las 83 unidades que cuentan con la configuración de copia automática, 75 se ejecuta la copia de acuerdo a lo programado obteniendo como resultado el 90.3 % de cumplimiento.

**Gestión y Administración de las Historias Clínicas:** Del 09 de enero a 31 diciembre se abrieron **4.200** historias clínicas las cuales fueron organizadas con criterio archivístico e ingresado al metadato, de igual manera se realizó el préstamo de **6.264** historias clínicas para la atención de usuarios en diferentes especialidades.

**Levantamiento documental del archivo de gestión de historias clínicas:** En la vigencia 2018, del 9 enero – 31 de diciembre ingresaron 4.200 Historia Clínica físicas al archivo clínico, las cuales fueron ubicadas en el archivo de gestión y se encuentra registrada en el inventario documental.

**Identificación y clasificación de fondos acumulados:** Del 9 de enero al 31 de agosto se intervino las vigencias 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979 y 1980, de las cuales se realizó la identificación y clasificación de los fondos acumulados correspondientes a información que correspondía al Subfondo " Centro de Educación Especial CEDES". 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.

**Presentación de las TRD al comité interno de archivo:** Cabe resaltar que teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas por el Comité Interno de Archivo de la entidad, se realizó una modificación a la miscelánea de series, subseries y tipologías documentales y se modificaron las tablas de retención documental de las dependencias.



Posteriormente de la revisión las TRD por parte del comité interno de archivo, fueron aprobadas y mediante oficio presentadas al Consejo Departamental de Archivo.

#### **ENERO – FEBRERO 2019**

**Diseño, socialización e implementación plan gerencia de la información de acuerdo a los requerimientos de la entidad:** Para el cumplimiento de esta actividad se toma como referencia los estándares de Acreditación en salud según la Resolución 5095 de 2018, para ello se está determinando las fortalezas y oportunidades de mejora. Se toma también como base el manual para elaboración de planes de acreditación en salud ubicado en la ruta: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf>

El plazo límite para la documentación del plan de gerencia de la información es el 31 de Mayo del presente año.

**Implementación del Plan de Comunicaciones, de acuerdo con lo establecido por el direccionamiento estratégico:** Se realizan actividades de cumplimiento de acuerdo al cronograma establecido.

**Gestión y Administración de las Historias Clínicas:** Del 01 de noviembre de 2018 a 29 febrero de 2019 se abrieron 1.229 historias clínicas las cuales fueron organizadas con criterio archivístico e ingresado al metadato, de igual manera se realizó el préstamo de 1.519 historias clínicas para la atención de usuarios en diferentes especialidades

**Levantamiento documental del archivo de gestión de historias clínicas:** Del 1 noviembre de 2018 a 29 de febrero de 2019 ingresaron 1.229 Historia Clínica físicas al archivo clínico, las cuales fueron ubicadas en el archivo de gestión y se encuentra registrada en el inventario documental.

**Implementación del programa de gestión de residuos y aparatos eléctricos y electrónicos RAEE:** La implementación de esta actividad está programada después del 01 de abril de 2019, una vez GAL haga la entrega y socialización del plan correspondiente.

### **GESTIÓN FINANCIERA**

**Porcentaje de Reconocimientos frente al Presupuesto definitivo de ingresos:** En el primer mes no se cumple la meta ni el esfuerzo. Al aplicar la relación 85% entre 4 trimestres, se tendría una meta trimestral del 21.25%, se factura solamente el 16.47%, es explicable por inicio de vigencia los servicios no se solicitan en un porcentaje alto, de igual forma el contrato con IDSN no se ha firmado aún.

**Porcentaje de recaudos frente a Reconocimientos:** En enero a marzo de la vigencia 2019 se registra un recaudo del 50% del total de reconocimientos, es decir, de \$3.703.087.473 que se facturó, se recauda \$1.851.580.836.

Dado lo anterior, es necesario resaltar que se debe continuar permanentemente con las políticas de cobro que se establecieron en la vigencia pasada, con el fin de generar un flujo de efectivo que le permita a la entidad cumplir con sus obligaciones, el cual no debe depender de los recaudos de cartera de vigencias anteriores. Se debe hacer énfasis con el régimen contributivo; de igual manera, se debe verificar la edad de la cartera para evitar el riesgo de pérdida de recursos y realizar las acciones de cobro pertinentes. como es de conocimiento general, el mayor porcentaje de recuperación de cartera se debe a la contratación de dispensación de medicamentos con IDSN, sin embargo, teniendo en cuenta la experiencia del año anterior, la administración y con el visto bueno de la Junta

Directiva, decidió continuar con la solicitud del crédito de tesorería con entidades bancarias para generar un flujo de efectivo “adecuado” con el fin de lograr de cierta manera, el cumplimiento de los compromisos adquiridos con proveedores de bienes y servicios y obtener descuentos por pronto pago para la cancelación de los intereses financieros que generan dicho crédito. Es de anotar que la gestión de recuperación de cartera se ve reflejada en las actas de conciliación y compromisos de pago suscritos con algunas EPS y CEHANI E.S.E.

**Superávit o déficit presupuestal:** dado que los compromisos de enero superan los reconocimientos, es decir, los reconocimientos suman \$3.703.087.473 y los compromisos ascienden a \$7.967.743.097, arrojando un resultado de 0.46, valor que no supera la meta del 1. Al revisar las cifras se establece un desfase de \$4.264.655.624, valor que se debe ir ajustando mensualmente hasta lograr el cumplimiento de la meta y el esfuerzo a fin de año y evitar de esta manera, que la entidad entre a riesgo financiero. Se debe destacar que la contratación realizada en enero se incluye contratos realizados hasta marzo y algunos a diciembre, mientras que los reconocimientos están registrados solamente los de enero. En este mes se incluye el recaudo de la Cartera de vigencias anteriores. Este indicador es uno de los más importantes, teniendo en cuenta que se encuentra contemplado en la resolución 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 de enero de 2019, incluyendo la recuperación de cuentas por cobrar ascienden a \$1.851.580.836, los compromisos totalizan \$7.967.743.097, es decir, en este mes los recaudos solamente cubren el 23% de los compromisos. Se debe contemplar la posibilidad de vender la Cartera para lograr mayor flujo de caja para cumplir con los proveedores de bienes y servicios, obtener descuentos por pronto pago. La entidad se vio en la necesidad de contratar, sobretodo servicios de carácter administrativo, hasta el mes de enero, desafortunadamente, las cifras arrojan resultados de desequilibrio presupuestal a la presente fecha de corte, se debe procurar 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; lo anterior con el fin de que la empresa no se desestabilice financieramente y lograr así, el equilibrio presupuestal y salir del riesgo bajo que desde 2015 permanecemos en ese estado.

**Equilibrio Operacional con pagos:** Los pagos en enero de 2019 suman \$83.694.891. Los ingresos suman \$1.851.580.836. El resultado del 0.05 no es superior a la meta. La recuperación de cartera de vigencias anteriores, representa el 99,8% del total de los recaudos, provenientes de los pagos efectuados por el IDSN y giro directo de las EPS de régimen subsidiado

## **GESTIÓN DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN**

Se realiza la entrega y socialización de los indicadores del proceso con corte a diciembre de 2018 y se entrega el informe consolidado de los mismos.

En la revisión de indicadores se pudo evidenciar que para el indicador 1: nivel de adherencia guías de práctica clínica se realiza medición de indicadores que corresponde a la vigencia 2018 y se obtiene los siguientes resultados según auditoria desarrollada en el formato FR-GHR-084, las EPS evaluadas corresponden a Emssanar, Malladas, Asmet, Comfamiliar de régimen subsidiado y de régimen contributivo están Nueva EPS, Medimas, Udenar y Batallón

El número de historias clínicas evaluadas es en terapia ocupacional 92 historias, fisioterapia 91 historias, hidroterapia 25 historias, psicología 66 historias, neuropsicología 28 historias, terapia de lenguaje 102 historias, total de 414 historias clínicas evaluadas.

De las 271 historias clínicas evaluadas en el primer semestre 243 cumplen con el criterio evaluado que corresponden al 89.6 %, teniendo en cuenta que los criterios evaluados en el formato de auditoría no corresponden al tipo de atención que representa el proceso; el conglomerado del segundo semestre me presenta un resultado de 98,55% de cumplimiento con una meta de 90%. Es importante destacar el compromiso de los profesionales en el adecuado diligenciamiento de historia clínica, identificación del paciente, valoración inicial, tratamiento terapéutico, evaluación del tratamiento, pertinencia, consentimiento informado, reevaluación, salida y seguimiento que cumplen con protocolos y guías de práctica de clínica según estándar institucional ; además esto se ve reflejado en el sentido de pertinencia , la adecuada interiorización de los procesos que hace parte de su trabajo diario y como los mismos asumen con mayor integralidad los procesos. El resultado anual es de 94,13% de cumplimiento.

Para el indicador 2: nivel de adherencia al diligenciamiento de la historia clínica: De las 414 historias clínicas evaluadas, 382 cumplen con el criterio evaluado lo que corresponde al 92,27%, se evidencian los mejores resultados en el área de terapia del lenguaje con cumplimiento del 100%, se evidencia mejoría en el área de psicología que pasa de un cumplimiento del 89% en el primer semestre al 100% en el segundo semestre, terapia física pasa del 96% en el primer semestre al 99% en el segundo semestre, terapia ocupacional pasa del 86% en el primer semestre a 95% en el segundo semestre. Los resultados comparativos evidencian el compromiso del personal asistencial con el mejoramiento continuo.

Del indicador 3: nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de tratamiento del usuario: Para evaluar este indicador se toma una muestra los servicios terapéuticos como son terapia de lenguaje, ocupacional física, hidroterapia y psicología para el primer trimestre se evalúan 135 historias clínicas, 27 por servicio y se plantean 1080 objetivos de tratamiento aproximadamente por cada paciente se plantean de 8 a 10 objetivos de los cuales se cumplen 810 objetivos establecidos, teniendo como resultado para este trimestre de 75%. Para el segundo trimestre se toma una muestra igual de 135 historias de los mismos servicios se valora 1050 objetivos de los cuales se cumple 890 objetivos para el periodo, se obtiene un resultado de 84%.

Al consolidar los dos primeros trimestres se genera un resultado para el semestre de 79% se cumple del indicador, el formato de plan de tratamiento se ingresó a compuconta con el fin de manejar la historia clínica electrónica y llevar un mejor control al proceso. Se evidencia que hay buen nivel de cumplimiento de los objetivos trazados en el plan de tratamiento del usuario.

Del indicador 4: gestión del riesgo: El proceso no tiene planes de mejoramiento pendientes , en el año se levantaron los planes de mejoramiento número 8, 44 y 65 los cuales a la fecha ya se encuentran desarrollados y verificadas desde el área de control interno. Se cumple la meta del indicador con un resultado de 100%. Mostrando el compromiso del proceso en la gestión del riesgo.

## **GESTIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO**

**Informe de peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias:** En total se recibieron 93 PQRFS de la siguiente forma peticiones 39 quejas, 5 reclamos, 16 sugerencias, 13 felicitaciones 20.

**Efectividad en la gestión de respuestas a Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones** En el cuatrimestre se tramitaron 93 PQRFS, las mismas se resolvieron en su totalidad y de manera satisfactoria, lo cual significa que se ha cumplido con el 100% con todo lo estipulado en el procedimiento GPSA-001 – el tiempo límite de respuesta es de 15 días hábiles.

**Satisfacción de los usuarios frente a las respuestas brindadas a las PQRFS:** La gestión realizada por la oficina de Participación Social y Atención al Ciudadano y de los diferentes líderes involucrados fue positiva con relación a este ítem, se tiene que durante el periodo noviembre-diciembre 2018 –enero-febrero 2019 todos los usuarios se sintieron satisfechos en un 100% de la meta establecida en un 95% con la respuesta y agradecen el hecho de tener en cuenta sus recomendaciones.

**Acompañamiento a la Asociación de Uso usuarios** Durante el periodo nov –dic-2018-ene-feb 2019 se han llevado a veedurías ciudadanas 4 una por mes de las cuales se obtienen informes que son direccionados a gerencia para los fines de tramite pertinentes , además se realizó en el 20 de diciembre de 2018 el encuentro regional de asociaciones de usuarios , en el mes de enero se realiza reunión mensual con asousuarios donde se trataron temas relacionados con la renovación de junta directiva de esta asociación y socializa plan anticorrupción también se elige a dos representantes para la conformación del comité de ética hospitalaria en el 22 de febrero de 2019 se realiza la renovación de asousuarios contando con aproximadamente 40 personas de las cuales se eligieron los representante teniendo como presente el señor Armando Martínez.

**Intervención de Trabajo Social y acompañamiento al usuario** Durante el periodo nov –dic 2018 ene-feb 2019 se ha intervenido con 288 casos remitidos al área de Trabajo Social, gestión evidenciada en el formato GPSA \_012 Registro de acompañamiento al usuario el cual evidencia las gestiones presenciales y externas realizadas con los usuarios, familiares y algunas partes interesadas, todas resueltas efectivamente, cabe resaltar que el promedio de atención para cada caso radica aproximadamente entre una a dos horas según la situación presentada incluso muchos de ellos devengan casi toda una tarde o más de un día de intervención; en cuanto a gestiones telefónicas se realizó un total de 47 relacionadas en su mayoría con tramites externos, seguimientos a la satisfacción.

## **GESTIÓN ADMISIÓN Y REGISTRO DEL USUARIO**

**Indicador relacionado con la demanda satisfecha:** Para el periodo enero – febrero de 2019 se habilitó una agenda de 4677 citas distribuidas así: En el mes de enero se asignó un total de 2244, mientras que en febrero se asignaron 2433, en este orden de ideas se logra alcanzar una meta del 92% de demanda satisfecha, mientras que el otro 8% corresponde a 410 pacientes que se encontraban en lista de espera y que no pudieron acceder a los servicios de Neurología y Retinología, sin embargo se sobrepasa la meta establecida por la entidad que para este caso es del 90%.

**Nivel de cumplimiento de los usuarios a citas programadas por especialidad:** De 4677 citas programadas entre los meses enero y febrero, se atendieron de manera efectiva 3791 citas para un resultado del 81%, lo anterior se debió principalmente a que a pesar de la confirmación y reconfirmación de las mismas, la principal causa se presentó en el cambio de número, pérdida de cobertura o de teléfono, llegadas tarde por problemas en la vía o definitivamente no asistieron.

**Tiempo promedio de espera para la asignación de cita** Entre los meses de enero y febrero se tiene un promedio de espera de 7 días para que el usuario pueda acceder a su cita, lo cual es favorable ya que nos encontramos por debajo de los 10 días que es el tiempo límite que CEHANI dispuso para medir la oportunidad en la asignación.

**Tiempo promedio de espera para la atención** El tiempo de espera desde que transcurren hasta la atención de un usuario es de 1 hora con 4 minutos

### **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 97%.

**Porcentaje de exámenes diagnósticos cancelados por error en la preparación del usuario:** En III Trimestre de 2018 (Octubre – Noviembre – Diciembre), se evidencia que, de 1530 exámenes tomados, se presentaron las siguientes ayudas diagnosticas canceladas por error en la preparación: Octubre: 0, Noviembre: 0 y Diciembre: 3, para un total de 3 ayudas diagnosticas canceladas. El usuario no cumple con la preparación y recomendaciones indicadas por parte del personal de salud.

**Porcentaje de usuarios inasistentes:** Durante IV Trimestre de 2018, se evidencia que de 1530 ayudas diagnosticas tomadas, se presentaron los siguientes usuarios inasistentes a ayudas diagnosticas: Octubre: 16, Noviembre: 42 y Diciembre: 15, para un total de 73 pacientes inasistentes.

**Porcentaje de reproceso de exámenes diagnósticos:** Durante IV Trimestre 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 julio a diciembre de 2018, el promedio de cumplimiento a la adherencia a la guías y protocolos se encuentra en el 97%. Es importante aclarar que no se aplicó lista de chequeo de la guía status epiléptico en el periodo julio a diciembre de 2018 debido a que no se presentaron casos relacionados.

**Oportunidad en la entrega de exámenes:** Durante IV Trimestre de 2018, se da cumplimiento a la meta correspondiente a 9 días, sin embargo, se evidencia que un (01) reporte de videotelemedicina fue entregado con dos (02) días de retraso por parte de un especialista y por ende retraso la entrega de la ayuda diagnostica al paciente. Aclarando que el tiempo máximo para lectura de ayudas diagnosticas PLS – VTL es de 15 días

### **GESTIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA**

**Proporción de cancelación de cirugías programadas por causa institucional:** Para este indicador se tiene como meta 3.62%, el resultado para el cuatrimestre es de 0%, no se presentó ninguna cancelación de cirugía por causas institucionales.

**Oportunidad en la realización de cirugía programada:** Para este indicador se tiene como resultado 33.8 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:** Para este indicador se tiene como resultado 42 días, teniendo como resultado un aumento en los días para la realización de la cirugía de catarata, una de las razones fue que nuestros mayores aportantes de usuarios son de la EPS EMSSANAR y con ellos se tienen un contrato por modalidad PGP, donde se debe limitar la atención de acuerdo a las frecuencias de uso dadas por la EPS.

**Porcentaje de diligenciamiento de consentimiento informado:** Para este indicador se tiene como resultado 96.6%, de 30 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 cuatrimestre no se presentó ninguna infección de sitio quirúrgico.

**Diligenciamiento completo de los registros de historias clínica:** Para este indicador 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); indicador que se tiene como meta  $\geq$  al 90%.

**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 año 2018 el mes de noviembre y diciembre, no hubo dispensación de medicamentos no pos, se entregaron aproximadamente 20 autorizaciones.

Durante el mes de enero y febrero solo se tiene contrato de medicamentos POS con Asmet Salud, los cuales, se han venido dispensando.

Como en el servicio farmacéutico existe inventario de medicamentos NO POS, se está trabajando y entregando sobre las existencias a las EPS Emssanar, Comfamiliar, Asmet Salud

**Verificación y seguimiento a la aplicación estricta del protocolo de manejo de medicamentos de alto riesgo y LASSA:** Cada vez que llegan los medicamentos pasan por la recepción técnica, se llevó a cabo la revisión, etiquetándolos cada uno con su respectivo stiker; alto riesgo va de color rojo y los medicamentos LASSA, con sticker de 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 se lo realiza dos veces al año, en el mes de junio y diciembre, se lo realizo durante el mes de diciembre, donde se encontraron algunas

inconsistencias presentadas por el sistema COMPUCONTA, algunos dispositivos médicos les hacía falta lote, con lo cual, se envió la información faltante, para el respectivo cargue.

**Realización de compras de medicamentos e insumos por medio electrónico:** Se realizó una sola compra en el mes de enero de 2019 mediante la plataforma BIONEXO, la cual se realizó para satisfacer la necesidad de unos medicamentos de entera urgencia para dos pacientes.

Para este cuatrimestre por la no entrega de medicamentos tampoco se hizo necesario la adjudicación y adquisición de medicamentos mediante la plataforma electrónica.

**Controlar los medicamentos e insumos próximos a vencer:** Todos los meses se verifican las fechas de vencimiento de los medicamentos presentes en el servicio farmacéutico inferior o igual a cuatro meses y se los lleva al área de medicamentos próximos a vencer para realizar la gestión de devolución y para que la dispensadora de rotación a estos medicamentos.

**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:** En el mes de febrero se solicitó la medición de indicadores a todos los procesos correspondiente a la vigencia 2018, obteniendo un resultado de cumplimiento de un 87%.

En cada proceso se encuentra la justificación del resultado obtenido. En los indicadores no cumplidos se observa la gestión y esfuerzo realizado para poder cumplir, de igual manera se plantean los diferentes planes mejoramiento y las acciones pertinentes.

**Planificar y adelantar auditorias 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 noviembre y diciembre de 2018 se presentaron 3 incidentes y enero y febrero de 2019, se reportaron 3 incidentes relacionados con facturación errónea, errores en la formula médica y con identificación correcta de paciente.

**Realizar rondas de seguridad con enfoque de seguridad del paciente (Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente (BPSP) emanadas por el Ministerio de Protección Social):** Para el mes de noviembre y diciembre se programaron tres rondas de seguridad y se ejecutaron tres.

Febrero de 2019 se programaron 3 rondas y se ejecutaron 3, de los cuales se obtuvo los siguientes resultados.

**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:

En el periodo noviembre 2018 y febrero 2019 se realizó acompañamiento a 17 planes de mejoramiento.

**Implementación de SARLAFT:** 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 el mes de noviembre se realizó el reporte de octubre, en diciembre el reporte del mes de noviembre de 2018 y en enero se realizó el reporte de diciembre y enero se realizó el reporte en febrero de 2019. En el periodo del presente informe se han realizado 4 reportes. Hasta la fecha 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.

En cuanto al plan de acción se viene articulando con los planes de acción con MIPG y la formulación de otras acciones como resultado de autoevaluaciones y la exigencia de acreditación. En el presente periodo no se han realizado autoevaluaciones.

## **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. El proyecto queda pendiente por falta de disponibilidad presupuestal

**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 16, 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 de marzo de 2018 y también los servicios de NUTRICION Y PEDIATRIA habilitados en el mes de diciembre.

**HABILITACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA:** Se encuentran habilitados todos los servicios registrados en el REPS en total son 16, 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 de marzo de 2018 y también los servicios de NUTRICION Y PEDIATRIA habilitados en el mes de diciembre



**EJECUCIÓN INFORME PAMEC:** Producto de las auditorías 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 auditoría

**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:** El documento se encuentra en versión preliminar debido a las nuevas normas de RIAS, MIAS y RISS que se encuentra en proceso de ajuste. Este documento sirve como documento base para la contratación 2019.

**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 se plasmó el procedimiento, suma y resultado del total de la calificación de acuerdo a cada uno de los indicadores y estándares, en el cual se evidencia un resultado de 4.19 sobre 5 como SATISFACTORIO conforme los resultados obtenidos de la evaluación de su informe de conformidad con los anexos.

**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.

**CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE INFORMES DE REVISORIA FISCAL:** Con fecha de 13 de Diciembre del 2018, se presentó por parte del revisor fiscal el informe de gestión 2018,

informe socializado en reunión de junta directiva, en donde se presentaron recomendaciones que según informe se acataron de manera inmediata en las distintas dependencias.

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

- **MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA:** la facturación de consulta especializada tuvo un comportamiento negativo con respecto al mes de octubre de 2018, presentando una tendencia estable en las especialidades más representativas como son oftalmología, neurología y neuropediatría y una disminución considerable en la subespecialidad de oftalmopediatría
- **APOYO TERAPEUTICO, PSICOLOGIA Y NEUROPSICOLOGIA:** Con respecto al mes de octubre de 2018, si bien es cierto se visualiza un comportamiento positivo en todos los servicios, es evidente que aún no se alcanza el buen nivel de recuperación en hidroterapia con respecto a los anteriores meses del 2018, situación atribuible a los inconvenientes presentados por los daños en la infraestructura del área de piscina
- **AYUDAS DIAGNOSTICAS –AUDIOLOGIA:** El grupo de servicios de ayudas diagnosticas de audiología, disminuyo el valor facturado en el mes de noviembre de 2018 en un 36.5% respecto a noviembre de 2017 con una diferencia de \$10.044.281, siendo los servicios que mayor disminución presentan los de Terapia Vestibular y adaptación de audífonos y PEATC
- **AYUDAS DIAGNOSTICAS- NEUROLOGIA Y OFTALMOLOGIA:** En la facturación del grupo de servicios de ayudas diagnosticas de neurología, oftalmología y ORL, se presenta un aumento del 18% en el valor total de la facturación del mes de noviembre de 2018 respecto a noviembre de 2017 y del 7.9% con respecto al mes de octubre 2018. Este incremento se refleja básicamente en las ayudas de la especialidad de neurología, las que representan el mayor porcentaje de incremento con un 26.5% respecto al mes de octubre de 2018 y 15% con respecto a noviembre de 2017
- **CIRUGIA AMBULATORIA:** El servicio de cirugía ambulatoria durante el mes de noviembre de 2018 aumenta el valor facturado con respecto al mes de octubre del mismo año. Con respecto al mismo periodo de la vigencia 2017, el incremento es bastante significativo, representando el 48.5% del valor total facturado. Como se puede observar por el comportamiento de la facturación, cirugía de oftalmología es uno de los servicios con mejor pronóstico dentro de todo el portafolio de ahí que se considera importante realizar actividades de promoción de este nuevo servicio
- **DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS:** En general durante el mes de noviembre la facturación presentó un comportamiento negativo marcado principalmente porque el servicio farmaceutico no registro ningun movimiento y las ayudas diagnosticas de audiologia disminuyeron en un 55% por la baja en el suministro de audifonos

Durante el periodo el valor facturado en todos los servicios suma \$480.509.036, es decir \$40.267.085 menos que en octubre de 2018 cuando se facturo 520.776.121, lo que representa una disminución del 7.73%

**ELABORAR Y COORDINAR LA EJECUCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO:** Se realiza auditoria al Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano vigencia 2018 por parte de la oficina de Control Interno en el mes de diciembre, se verifica que a la fecha según el cronograma correspondiente se cumple adecuadamente con las actividades del plan, 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

**CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA AUTOEVALUACION** Se realizó autoevaluación de los estándares de direccionamiento y gerencia y demás estándares de acreditación, se priorizo para el periodo septiembre- diciembre plan de mejora de los estándares de PACAS, el resto de los estándares se cumplirán para el periodo fiscal de 2019

Firmado en original

**ROBERT WILSON SALDAÑA BASANTE**

Jefe Oficina Asesora de Control Interno