



RENDICIÓN DE CUENTAS
ESE MORENO Y CLAVIJO
VIGENCIA 2019

RENDICIÓN DE CUENTAS ESE MORENO Y CLAVIJO

VIGENCIA 2019

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Isley Duperly Bermudez García
Asesor de Planeación

Wilder Hernando Ortiz Bueno
Gerente

MIC MORENO
& CLAVIJO
Empresa Social del Estado Departamental

CONSTRUYENDO
FUTURO



Contenido

1.	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019	3
2.	MAPA DE RIESGOS	5
3.	PLAN OPERATIVO ANUAL	5
4.	PLAN DE ACCION	6
5.	PROYECTOS	7
6.	INVERSIONES	8
7.	RENDICION DE CUENTAS	12
8.	GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	12
8.1.	GESTIÓN PRESUPUESTO	14
8.2	GESTIÓN CONTABLE	19
8.3	GESTIÓN TESORERÍA	24
8.4	GESTIÓN FACTURACIÓN	25
8.5	GESTIÓN CARTERA	27
8.6	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	34
8.7	GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO	37
9.	GESTION ASISTENCIAL	39
9.1	DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECÍFICA	39
9.2	SALUD PUBLICA	51
10.	GESTION JURIDICA	52
11.	CONTROL INTERNO VIGENCIA 2019	53
12.	SISTEMA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	64

RENDICION DE CUENTAS VIGENCIA 2019

La empresa social del estado Moreno y Clavijo es una empresa del orden departamental prestadora de servicios de salud de baja complejidad con algunas actividades de mediana complejidad, que busca brindar servicios de forma efectiva, eficiente y oportuna a la comunidad en general, en los municipios de Tame, Arauquita, Fortul, Cravo Norte y Puerto Rondón, a través de sus Hospitales, Centros de Salud y puestos de salud; con personal idóneo y comprometido, alta tecnología e infraestructura adecuada, que permitan satisfacer las necesidades en salud y contribuir a mejorar la calidad de vida, prestando especial importancia a la percepción de nuestros usuarios y comprometidos con la mejora continua de nuestros procesos. Dando cumplimiento a la ley 1474 de 2011 a continuación, se dará a conocer la gestión durante la vigencia 2019:

1. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

En atención a la ley 1474 de 2011, circular externa 100-02-2016 del DAFP, metodología del DAFP de estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano versión 2 y acorde con la Plataforma Estratégica de la Entidad, se elabora el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Moreno y Clavijo para la vigencia 2019 y su acto administrativo, quedando aprobado mediante Resolución No. 016 del 11 de Enero de 2019; la herramienta en mención, plantea una serie de estrategias que la Entidad se propone cumplir, con el ánimo de confirmar su compromiso de actuar con transparencia y luchar contra la corrupción, a través de cuatro componentes:

Primer Componente: Gestión del Riesgo-Mapa de riesgo

Segundo Componente: Estrategia Antitrámites.

Tercer Componente: Rendición de Cuentas.

Cuarto Componente: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano.

Quinto componente: Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información.

Se realizaron mesas de trabajo con cada líder de proceso con el objetivo que diligenciarán la matriz del plan por componente de cada uno para el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Moreno y Clavijo, vigencia 2019, al cual se le realizarán monitoreo y seguimientos de manera trimestral y cuatrimestral de la presente vigencia.

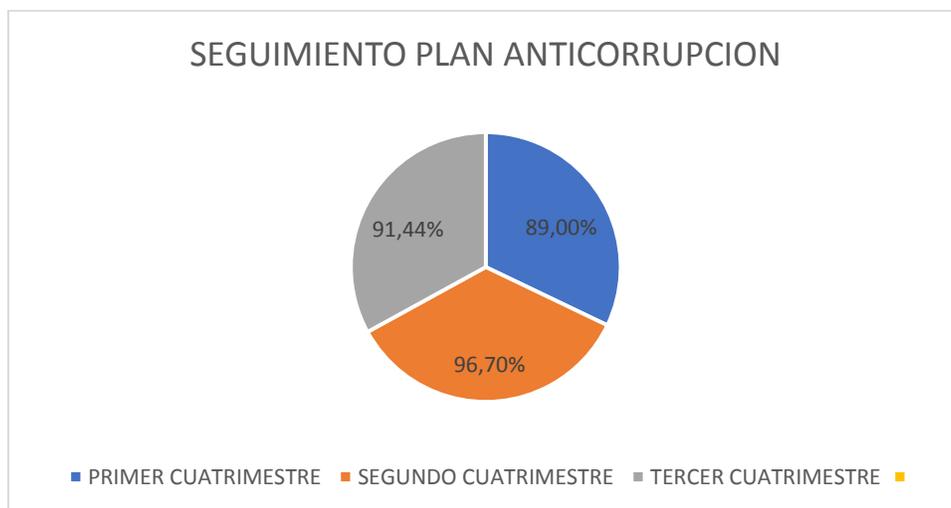
Se publica en la página web y carteleras de la entidad el plan en mención y acto administrativo, además se socializa por medio de correo institucional a todos líderes de procesos y subprocesos de la entidad.

La entidad realizó monitoreo de la vigencia 2019, verificando el cumplimiento de las actividades propuestas para la administración de los riesgos de corrupción, así mismo se publicó en la página web de la entidad.

En desarrollo de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y en cumplimiento de los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, se realiza auditoría con el objeto de verificar la aplicación de las acciones propuestas para cada uno de los riesgos, con el fin de mitigar y evitar que estos se materialicen, realizándose

Los seguimientos establecidos a las estrategias de anticorrupción, anti trámites, de rendición de cuentas y de atención al ciudadano, obteniéndose los siguientes resultados:

La auditoría de seguimiento a esta herramienta se realizó con el objeto de verificar el desarrollo de las acciones propuestas para cada una de las estrategias como lo son, Estrategia de Riesgos de Corrupción, Estrategia Anti trámites, Estrategia de Servicio al Ciudadano, Estrategia de Rendición de Cuentas, Mecanismo para promover la transparencia y el acceso a la información, arrojando los siguientes resultados:



Así mismo se concluye que se alcanzó un cumplimiento global del **92.38%** con relación al desarrollo y aplicación de las acciones programadas para cada una de las estrategias contempladas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano las cuales estuvieron encaminadas al fomento de la participación ciudadana y a la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

2. MAPA DE RIESGOS

Se realizó modificación y aprobó el formato del mapa de Riesgo con base a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4 del DAFP.

A su vez se realizó socialización del formato a los procesos y subprocesos actualizar o modificar los riesgos administrativos y de corrupción, los cuales fueron consolidados por la oficina asesora de planeación los riesgos reportados y se verifico la objetividad de los indicadores, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos de los procesos, los cuales conformaran el mapa de riesgos de 2019. Lo anterior permitió detectar que algunos procesos o subprocesos formularon riesgos que no eran riesgos o controles pocos eficientes para el proceso lo que determino solicitar cambios de algunos riesgos. El mapa de riesgo fue aprobado por la gerencia, así mismo se socializo a la oficina de control interno para su seguimiento de forma cuatrimestral.

3. PLAN OPERATIVO ANUAL

Teniendo en cuenta que el Plan Operativo Anual es un instrumento gerencial cuyo propósito es articular la planeación estratégica de la ESE Moreno y Clavijo con la misión de los procesos que la integran y éstos con las políticas, programas y proyectos establecidos en cada vigencia, a través del uso de instrumentos técnicos para el seguimiento y medición anual. Además, permite definir indicadores que facilitan el seguimiento y evaluación de los planes y programas institucionales.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que el Plan Operativo Anual de la ESE Departamental Moreno y Clavijo, consta de dos componentes (Formato Plan Operativo Anual, Formato de Evaluación del POA), el primero es la herramienta de planeación y el segundo constituye la herramienta de medición y control del Plan.

Para el desarrollo de las evaluaciones de los hospitales, centros de salud y la sede central se tiene el formato establecido para las mismas, este es un instrumento de medición, integrado por los siguientes componentes: actividad, objetivos de calidad, estrategia, documentos que soportan la actividad, cumplimiento y observaciones; es diligenciado por el área de planeación, quien realizará los respectivos seguimientos cuatrimestralmente.

En cuanto a la herramienta del POA, se inició el acompañamiento a las subgerencias para elaboración del Plan Operativo Anual POA 2019, para la Empresa Social del Estado Departamental Moreno y Clavijo.

Se realizó mesas de trabajo para la formulación de los POA, dándole asesorías a los líderes de procesos y subprocesos de la ESE.

Es de vital importancia realizar las auditorias cuatrimestral ya que de esta manera se recopila información para la consolidación del informe anual, información correspondiente a los procesos y subprocesos de la entidad dando a conocer los resultados de cada vigencia y las recomendaciones respectivas para el cumplimiento de los planes y programas institucionales, el cual remitirá al Gerente o quien haga sus veces.

En cuanto a la herramienta del POA, se realizó el acompañamiento a las subgerencias, directores de hospitales, coordinadores de centros de salud y asesores para elaboración del Plan Operativo Anual POA 2019 para la Empresa Social del Estado Departamental Moreno y Clavijo.

Se consolido los indicadores de gestión para lograr el POA de gestión estratégica, el cual fue presentado en 30 de enero de 2019 para su aprobación, la junta directiva según acuerdo 002 de 2019 aprobó.

El Cumplimiento se da a través del seguimiento del plan de acción, ya que en su formulación fue articulado con las metas.

4. PLAN DE ACCION

Se realizó mesas de trabajo con los líderes de los procesos y subprocesos para la formulación y acompañamiento a la gerencia para diseñar los indicadores de cumplimiento de cada uno de los procesos y subprocesos de la entidad, indicadores los cual son de conector para lograr los objetivos del plan estratégico institucional por medio de la interacción de cada uno de los procesos y subprocesos de la entidad. La junta directiva aprobó por medio de acuerdo 002 de 2019.

Así mismo de socializo el plan de acción 2019 a los subgerentes, direcciones y administración de sedes y asesores el Plan de acción de la ESE Departamental Moreno y Clavijo, para el conocimiento y de apoyo para su formulación de POA para la vigencia actual.

La entidad cumplió con el seguimiento del plan de acción de los procesos y subprocesos de apoyo, seguimiento y evaluación, misionales y estratégicos a corte 31 de diciembre de 2019, realizando el seguimiento de la vigencia, de acuerdo al cronograma establecido concluyéndose lo siguiente:

El cumplimiento de los indicadores del plan de acción es de 82% promedio de los 111 indicadores que lo componen según el cumplimiento cuatrimestral de la vigencia, lo que

indica que la entidad no logro la meta establecida de cumplimiento puesta la meta era del 92%.

5. PROYECTOS

Se logró ser beneficiado del proyecto de la UAESA, el cual lo contrato bajo contrato interadministrativo 06-005 de 2019 con la Entidad.

OBJETO: FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DIRIGIDAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y EL EMPODERAMIENTO DE LOS INDIVIDUOS Y COLECTIVOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA. CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°06-005 DE 2019

VALOR : 904.200.000

MUNICIPIOS: CRAVO NORTE, PUERTO RONDON, TAME, FORTUL Y ARAUQUITA.

ENTIDAD CONTRATANTE: UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA

% EJECUCION	EMPLEOS GENERADOS	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	POBLACION TOTAL BENEFICIADA
100%	44	21/02/2019	10/10/2019	10.578

La entidad se encuentra en actualización los proyectos **“Mejoramiento y adecuación de la Infraestructura física del hospital San Francisco de Fortul, Departamento de Arauca”**, y **“Construcción y terminación de la infraestructura física del hospital San José de Cravo Norte del Departamento de Arauca”**.

La entidad actualizo el proyecto **“Dotación de mobiliario, equipos y dispositivos biomédicos para el fortalecimiento de los servicios de salud en el marco de las rutas integrales de atención (RIAS) en salud en la red hospitalaria de la E.S.E Departamental Moreno y Clavijo”**, el cual se logro la aprobación de los recursos para el proyecto según ordenanza 05e de 2019 de la asamblea departamental de Arauca por un valor de **3.100** millones.

Desde inicio de la vigencia se formuló el proyecto **“Dotación de equipos biomédicos para la puesta en funcionamiento de servicios asistenciales del hospital de Cravo norte de la ESE Moreno y Clavijo del Departamento de Arauca”**.

Se radico ante la UAESA el 19 de junio de 2019, el proyecto **“Dotación de equipos biomédicos para la puesta en funcionamiento de servicios asistenciales del hospital de Cravo norte de la ESE Moreno y Clavijo del Departamento de Arauca”**, se presentó para su verificación de requisitos para la viabilización del proyectos a la plataforma SUIFP para acceder a recursos de Regalías a través de la gobernación de Arauca el 6 septiembre de 2019, las cuales el ministerio realizo una observaciones, nueva mente se presentó el proyecto el 30 de septiembre de 2019 por un valor de **\$1.215.743.034**.

Se formuló el proyecto **“FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA A TRAVÉS DE LA DOTACIÓN DE 5 AMBULANCIAS TAB PARA LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO”**, por un valor de **\$ 901.294.660** el cual se radico en la oficina de gestión territorial, emergencia y Desastres el 25 de junio en el ministerio de salud y la protección social para su financiación. Además, se presentó a la Agencia Renovación Territorial para posibilidad de acceder a recursos por otra entidad.

Junto con la alcaldía de Arauquita se viene trabajando en el proyecto **“MEJORAMIENTO INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO DEL CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ MUNICIPIO DE ARAUQUITA DEPARTAMENTO DE ARAUCA”** se generó necesidad de la infraestructura, el cual va ser financiado por la alcaldía de Arauquita.

Se está actualizando precios a el proyecto de **“MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTAL DE ARAUCA”**.

Se inició con el proceso de formulación del proyecto **“CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA”**, en compañía del ministerio de salud y la protección social a través de mesas de trabajo las cuales iniciaron el día 25 de junio de 2019, En la cual se fijó realizar el adicción a plan bienal del nuevo proyecto que se planteó, también además se realizó un cálculo de % de ocupación de camas de hospitalización del hospital san Lorenzo de Arauquita con el fin de determinar el número de camas en el proyecto.

6. INVERSIONES

Las inversiones de Infraestructura y tecnologías se obtienen en la ESE por la formulación y gestión de proyectos, gestiones de necesidades que permite que la entidad pueda acceder a recursos de orden municipal, departamental y/o nacional a través de asignación de recursos por medios administrativos para la ejecución de dichos recursos, donación o entrega de obras de infraestructura mejoradas o cuando se tiene una sostenibilidad financiera y un buen uso de los recursos, se pueden realizar estas inversiones con recursos propios, como algunas que ha realizado, que se describen a Continuación:

INVERSIONES DE RECURSOS DE ORDEN NACIONAL

La ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO gestiona la inversión de recursos a nivel nacional con el Ministerio de Salud y la protección Social:

VIGENCIA 2019

VIGENCIA	RUBRO	DETALLE	TIPO DE RECURSO	APROPIACION DEFINITIVA
2019	ADQUISICIÓN DE UN VEHÍCULO AMBULANCIA TIPO TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO (TAB) DIESEL, MODELO 2018 PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE PUERTO RONDÓN, ARAUCA	ADQUISICION DE UN VEHICULO AMBULANCIA TIPO TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO (TAB) DIESEL MODELO 2019 PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO PUERTO RONDON- DEPARTAMENTO DE ARAUCA	INVERSION	166.000.000,00
TOTAL				166.000.000

INVERSIONES DE RECURSOS DE ORDEN DEPARTAMENTAL

En las vigencias 2016-2019, se han gestionado los siguientes proyectos, para los cuales los recursos requeridos fueron aprobados del orden departamental.

VIGENCIA 2019

VIGENCIA	ENTIDAD	OBJETO	VALOR
2019	GOBERNACION DE ARAUCA	ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON EN EL MUNICIPIO DE PUERTO RONDON, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	380.000.000
2019	GOBERNACION DE ARAUCA	ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN LORENZO EN EL MUNICIPIO DE ARAUQUITA	415.000.000
TOTAL			795.000.000

INVERSIONES DE RECURSOS DE ORDEN MUNICIPAL

La ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO gestiona la inversión de recursos a nivel municipal las diferentes alcaldías donde se encuentra situadas las unidades asistenciales:

VIGENCIA 2019

VIGENCIA	ENTIDAD	DETALLE	VALOR
2019	ALCALDIA DE PUERTO RONDON	ADQUISICION DE UN VEHICULO AMBULANCIA TIPO TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO (TAB) DIESEL MODELO 2019 PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO PUERTO RONDON-DEPARTAMENTO DE ARAUCA	14.000.000
TOTAL			14.000.000

INVERSIONES DE RECURSOS PROPIOS

La ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO ha logrado que a través del trabajo articulado y la efectividad de sus procesos; que le han permitido adquirir nueva tecnología y mejorar nuestros servicios.

VIGENCIA 2019

VIGENCIA	RUBRO	DETALLE	TIPO DE RECURSO	APROPIACION DEFINITIVA
2019	COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO H	ADQUISICION DE VIDEO COLPOSCOPIO Y TRANSDUCTOR ENDOCAVITARIO PARA LA RED HOSPITALARIA DE LA ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	RECURSOS PROPIOS	20.000.000,00
2019	COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL ODONTOLOGICO	ADQUISICION DE MATERIAL ODONTOLOGICO PARA LA RED HOSPITALARIA DE ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO		20.000.000,00
2019	COMPRA DE MUEBLES Y ENSERES HOSPITALARIOS	ADQUISICION DE MUEBLES, ENSERES ADMINISTRATIVOS Y HOSPITALARIOS PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA E.S.E DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO		7.400.000,00
2019	EQUIPOS DE OFICINA MUEBLES Y ENSERES	ADQUISICION DE MUEBLES, ENSERES ADMINISTRATIVOS Y HOSPITALARIOS PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA E.S.E DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO		71.600.000,00

2019	EQUIPOS DE OFICINA MUEBLES Y ENSERES	ADQUISICION DE SILLAS TANDEM 4 PUESTOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS RECURSOS FISICOS EN LOS HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME, SAN LORENZO DE ARAUQUITA Y SAN FRANCISCO DE FORTUL ADSCRITOS A LA E.S.E MORENO Y CLAVIJO		
TOTAL				119.000.000

7. RENDICION DE CUENTAS

En la vigencia 2019 se llevó a cabo el 14 de junio en el Municipio de Puerto Rondón la Rendición de Cuentas correspondientes al año 2018.

Lugar auditorio de la alcaldía de Puerto Rondón

La ESE Moreno y Clavijo, aplicó la metodología diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, en las diferentes etapas del proceso de rendición de cuentas para la Entidad de la siguiente manera:

8. GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Para la vigencia 2019, la ESE Moreno y Clavijo, esta administración concentró su esfuerzo y plan de gestión con acciones concretas para fortalecer los ingresos, mejorar los servicios y contar con el recurso necesario para garantizar el equilibrio financiero como la sostenibilidad de la entidad en el mediano y largo plazo.

Esta situación representó un sacrificio presupuestal ya que era necesario apropiarse o contar con recursos adicionales a los propuestos para la vigencia 2019, para atender prioridades como cumplimiento de metas con las ERP, mejorar la gestión de cartera, saneamiento de inventarios, auditoría de procesos y gestión de procesos internos.

A pesar de que la entidad presenta un balance fiscal con un equilibrio presupuestal del 94% es decir con una insuficiencia de recaudo del 6%, es importante resaltar que este sacrificio redundó en aspectos administrativos y financieros tales como:

Se garantizó el recurso o presupuesto para atender el total del gasto corriente, sin generar traumatismo en la administración y garantizar la prestación oportuna de los servicios de salud en cada una de las sedes de la ESE Moreno y Clavijo, producto de lo cual resultan aspectos relevantes como incremento en la facturación, suministro oportuno de insumos críticos, pagos atrasados de personal contratado, pago de contingencias, pago de pasivos exigibles, auditoría y seguimiento adecuado de los procesos, fortalecimiento de la gestión del recaudo de cartera.

Para la vigencia 2019, la facturación creció en un 14% pasando de \$28.304 millones a \$32.386 millones en el 2019, cifra que no logro crecer en esa proporción en los años anteriores.

La recuperación y gestión de cartera creció en un 86%, pasando de \$2.847 millones en el 2018 a \$5.295 millones en el año 2019. La recuperación de la cartera de difícil recaudo correspondiente a las vigencias 2014,2015 y 2016 de la EAPB Caprecom por valor de \$1.874 millones de pesos.

La gestión de recaudo corriente en la vigencia 2019, creció al igual que la facturación en un 14% pasando de \$19.071 millones a \$21.691 millones en la vigencia 2019.

Se logró poner al día los pagos del personal vinculado por contrato de prestación de servicios de toda la ESE, con los cuales se presentaban entre dos (2) y tres (3) meses de retraso.

Se garantizó el personal necesario para atender todos y cada uno de los procesos administrativos y asistenciales, ya que para la vigencia 2018, no se contaba con la disponibilidad del recurso necesario.

Para la vigencia 2019, se le dio prioridad al pago de pasivos exigibles y rezago presupuestal, lo que permitió un pago mayor a los 4 mil millones y una disminución de más del 70% del rezago presupuestal apropiado.

Por primera vez en 3 años la entidad logro presentar un balance operacional aceptable por encima de los \$4 mil millones de pesos, lo que significa que la entidad a pesar de presentar un déficit de flujo de recursos del 6% al cierre del ejercicio 2019, cuenta con una cartera capaz de financiar la totalidad del gasto comprometido y generar un superávit operacional considerable, ya que para la vigencia 2017 y 2018 estuvo por debajo de los \$200 millones.

Gracias a la disponibilidad de recursos y de apropiación presupuestal se creció en otros aspectos como: Depuración de la contabilidad, saneamiento de la Propiedad Planta y Equipo, conciliación de información de cartera.

Se logró avanzar en la sistematización del proceso de Almacén, en lo relacionado con las entradas y salidas de elementos, lo cual facilitó la gestión del procedimiento de adquisiciones y aunó a generar información veraz y oportuna.

8.1. GESTIÓN PRESUPUESTO

El balance presupuestal del año 2019, presenta una apropiación inicial de \$22.965.597.889, con unas Adiciones totales de \$9.251.654.982,56, reducciones por valor de \$26.937.723,3 para un presupuesto definitivo de \$32.190.315.148,26.

Cuadro 1 Modificaciones y traslados al presupuesto

APROPIACION INICIAL	ADICIONES	REDUCCIONES	CREDITOS	DEBITOS	DEFINITIVO
22,965,598	9,251,655	26,938	3,021,942	3,021,942	32,190,315

Las adiciones al presupuesto están asociadas con recursos del balance de la vigencia anterior, adiciones de recursos por recuperación de cartera, recursos de la Nación para prestación de servicios de salud, adiciones por ventas de servicios de salud y adición de convenios de salud pública suscritos con la Unidad de Salud.

Cuadro2 Balance de Ejecucion de Ingresos

CONCEPTO	P	APROPIADO	RECONOCIDO	% EJE	RECAUDO	% EJE	CXC
DISPONIBILIDA INICIAL	4%	1,351,649	1,351,649	100%	1,351,649	100%	-
..DI R. PROPIOS	1	464,299	464,299	100%	464,299	100%	-
..D.J DESTINACION ESPECIFICA	2	887,350	887,350	100%	887,350	100%	-
INGRESOS CORRIENTES	74%	23,704,940	27,225,395	115%	22,352,179	82%	4,873,216
INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	1	23,027,461	26,564,527	115%	21,691,311	82%	4,873,216
OTROS INGRESOS PROPIOS	1	69,990	65,013	93%	65,013	100%	-
APORTES MPIOIS DPTO O NACION	12	607,489	595,855	98%	595,855	100%	-
RECURSOS DE CAPITAL	22%	7,133,726	5,295,490	74%	5,295,490	100%	-
RECUPERACION DE CARTERA	6	7,133,726	5,295,490	74%	5,295,490	100%	-
INGRESOS TOTALES	100%	32,190,315	33,872,534	105%	28,999,319	86%	4,873,216
SUBTOTAL R PROPIOS	96%	30,991,565	32,673,784	105%	27,800,569	85%	4,873,216
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA	4%	1,198,750	1,198,750	100%	1,198,750	100%	-

Del total de los ingresos apropiados un 4% corresponde a la disponibilidad inicial un 74% a ingresos corrientes y un 22% a recursos de capital por recuperación de cartera.

Del total de la disponibilidad inicial \$464 millones corresponden a recursos propios y \$887 millones a recursos de destinación específica para inversión en la construcción del Hospital San José de Cravo y aportes de la nación para inversión en salud.

Los ingresos corrientes de la ESE Moreno y Clavijo están representados por las ventas de servicios directas a las diferentes EPS y los rendimientos generados en el ejercicio fiscal. Los recursos de capital están asociados generalmente a la recuperación de cartera por venta de servicios. La distribución por recurso muestra una participación del 96% para los ingresos propios y un 4% para los ingresos de destinación específica.

Ejecución de Ingresos

El balance de ejecución presupuestal del reconocimiento presenta un acumulado total del 105% con un recaudo efectivo del 86%.

En lo que respecta a la ejecución por tipo de recurso los ingresos propios alcanzan una ejecución del 105%, con un recaudo efectivo del 85% y los recursos de destinación específica un \$100% con un recaudo efectivo del 100%.

En cuanto a las metas de equilibrio previstas para venta de servicios, la entidad presenta una ejecución del 115%, con un recaudo efectivo del 82%, lográndose la meta tanto en el reconocimiento como en el recaudo, ya que para este último, la meta estimada era del 75%, según lo establecido en el Plan de Gestión Gerencial para la vigencia 2019. Es importante aclarar que aunque se logró la meta esperada de recaudo, estos ingresos no fueron suficientes para cubrir el total de los gastos adquiridos durante el año.

VARIACION ANUAL DE LOS INGRESOS

El reconocimiento de los ingresos por recursos propios presenta una variación positiva del 18% respecto de la vigencia 2018, esta variación está relacionada especialmente con la recuperación de cartera y los otros ingresos corrientes.

Cuadro2 Variacion Anual de los reconocimientos x Recursos Propj Val en miles

INGRESOS PROPIOS	2018	2019	VAR
Disponibilidad Inicial	787,986	464,299	-41%
Ventas de Servicio	23,801,012	26,564,527	12%
Recuperacion de Cartera	2,919,754	5,295,490	81%
Otros Ingresos Ctes	20,973	65,013	210%
Totales	27,529,735	32,389,330	18%

El recaudo de los ingresos creció en un 21% respecto de la vigencia anterior, este crecimiento estuvo asociado especialmente a la gestión de recaudo por recuperación de cartera y otros ingresos corrientes.

Variación anual de recursos propios

INGRESOS PROPIOS	2018	2019	VAR
Disponibilidad Inicial	787,986	464,299	41%
Ventas de Servicios	19,071,250	21,691,311	14%
Recuperación de Cartera	2,919,754	5,295,490	81%
Otros Ingresos Ctes	20,973	65,013	210%
Totales	22,799,963	27,516,114	21%

Ejecución de Gastos

El presupuesto de gastos al igual que el ingreso, presenta una apropiación definitiva de \$32.190.315.148.26, con una participación del 77% para gastos de funcionamiento, un 20% para gastos de operación y un 3%, para gastos de inversión.

Cuadro 5 Balance Ejecucion de gastos Vales en miles

CONCEPTO	P	APROPIADO	COMPROM	% EJE	PAGOS	% EJE	CXP
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1	24,771,356	24,430,653	99%	22,362,034	92%	2,068,620
..Gastos de Personal	54%	17,442,356	17,312,612	99%	15,977,387	92%	1,335,225
..Gastos Generales	19%	6,026,900	5,839,628	97%	5,277,937	90%	561,690
..Transferencias	4%	1,302,100	1,278,414	98%	1,106,709	87%	171,704
GASTOS DE OPERACIÓN CTE	1	6,351,609	5,458,435	86%	4,939,018	90%	519,416
..Compra de Bienes y Servicios para la venta	20%	6,351,609	5,458,435	86%	4,939,018	90%	519,416
GASTOS DE INVERSION	2	1,067,350	1,067,350	100%	794,666	74%	272,683
TOTALES	100%	32,190,315	30,956,438	96%	28,095,719	91%	2,860,719
SUBTOTAL R PROPIOS	1	30,991,565	29,857,332	96%	27,273,833	91%	2,583,499
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA	2	1,198,750	1,099,106	0%	821,886	0%	277,220

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

En los gastos de funcionamiento, se encuentran los gastos de personal, los cuales concentran la mayor participación debido a que sobre estos recae más del 50% del objeto social de la empresa.

Los gastos Operacionales están relacionados con la adquisición de bienes y servicios directos para la prestación del servicio (insumos médicos, alimentación a pacientes y compra de servicios para la prestación incluida la adquisición de bienes y servicios para la

ejecución de convenios interadministrativos suscritos con las entidades territoriales para las actividades de salud pública.

El balance de gastos tal como se refleja en el cuadro 5, arroja una ejecución total del 96%, respecto de la apropiación definitiva, a su vez los compromisos reflejan una ejecución en pagos del 91%.

Los gastos de funcionamiento presentan una ejecución del 99% con una ejecución en pagos del 92%. Los gastos de Operación presentan una ejecución del 86% con una ejecución en pagos del 90%.

Los gastos de inversión presentan una ejecución del 100% con una ejecución en pagos del 74%. El balance final arroja unas cuentas por pagar totales por valor de \$2.860 millones, de los cuales, un 90% corresponden a recursos propios y un 10% a destinación específica tal como se detalla a continuación.

CUENTAS POR PAGAR

Detalle de las Cuentas por pagar

Valores en Miles

CONCEPTO CXP	Sin Legalizar	Causadas	Total CXP	Fuente de Financiación	
	Reserva	Tesorería		Propios	D Especifica
Gastos de Personal de Planta	-	249,059	249,059	249,059	
Gastos Personal Contrato	56,651	967,930	1,024,581	1,024,581	
Proveedores de Bienes y Servicios	92,070.25	764,447	856,517	851,981	4,536
Servicios Públicos	-	19,698	19,698	19,698	
Sentencias y Conciliaciones y Transferencias	-	150,648	150,648	150,648	
Tasas contribuciones y gastos bancarios	-	-	-	-	
Rezago Vigencia Anterior Gastos de Personal	58,448	3,137	61,585	61,585	
Rezago Vigencia Anterior Proveedores ByS	44,147	160,744	204,891	204,891	
Rezago Vigencia Anterior Sentencias y Conciliaciones	-	21,056	21,056	21,056	
Rezago Vigencia Anterior Inversión	272,683	-	272,683	-	272,683
Totales	524,000	2,336,720	2,860,719	2,583,500	277,219

Las cuentas por pagar de personal de planta corresponden a la nómina del mes de diciembre de 2019, los gastos de personal contratado corresponde a saldos pendiente de diciembre de 2019.

Las deudas por concepto de rezago de vigencias anteriores están asociadas proveedores de bienes y servicios, los cuales no han legalizado el trámite de cuenta o que aún se encuentran en tesorería por falta de efectivo para el pago.

Variación Anual de los Gastos

Cuadro 6 Variación Anual Gastos comprometidos Recursos Prop. Val en miles

Gastos	2019	2018	VAR
Gastos de Funcionamiento	24,430,653	19,113,922	28%
Gastos de Operación	5,458,435	4,984,064	10%
Gastos de Inversión	-	-	0%
Totales	29,889,088	24,097,986	24%

La ejecución de los gastos comprometidos por recursos propios comparados con el año anterior, presentan un crecimiento del 24%, este incremento está relacionado directamente con los recursos de operación para la ejecución de los convenios interadministrativos de salud pública y la afectación del rezago presupuestal de la vigencia anterior.

Evaluación de Indicadores de Equilibrio Presupuestal

Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento

Cuadro 7 Equilibrio presupuestal con reconocimiento

Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento	Valores	Resultado	Equilibrio
Total Reconocimientos (ingreso)	33,872,534	2,916,096	1.09
Total Compromisos (gastos)	30,956,438		

El equilibrio presupuestal con reconocimiento, es decir la comparación del valor total reconocido vs el valor total comprometido, muestra que la entidad genera equilibrio presupuestal, hasta producir ingresos suficientes para atender la totalidad de sus costos con una rentabilidad del 9%.

Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Cuadro 8 Equilibrio presupuestal con recaudo

Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor	Resultado	Equilibrio
Total Recaudos (ingreso)	28,999,319	- 1,957,119	0.94
Total Compromisos (gastos)	30,956,438		

Este indicador muestra déficit fiscal del 6%, pues aunque los ingresos por concepto de recaudo aumentaron en el 2019 con respecto de la vigencia anterior, los compromisos también se incrementaron significativamente, por lo que no fue posible cubrirlos en su totalidad.

Se mantiene un indicador de equilibrio por reconocimiento por encima de la meta proyectada para este año y con respecto al recaudo por debajo de la meta esperada, lo que implica un incremento leve en el riesgo financiero de la entidad.

La gestión de recaudo en los Regímenes Contributivo, Población Pobre no asegurada, salud pública y Soat, estuvo por debajo de lo esperado, razón por la cual no se alcanzó a recibir los ingresos esperados al final de la vigencia por estos conceptos.

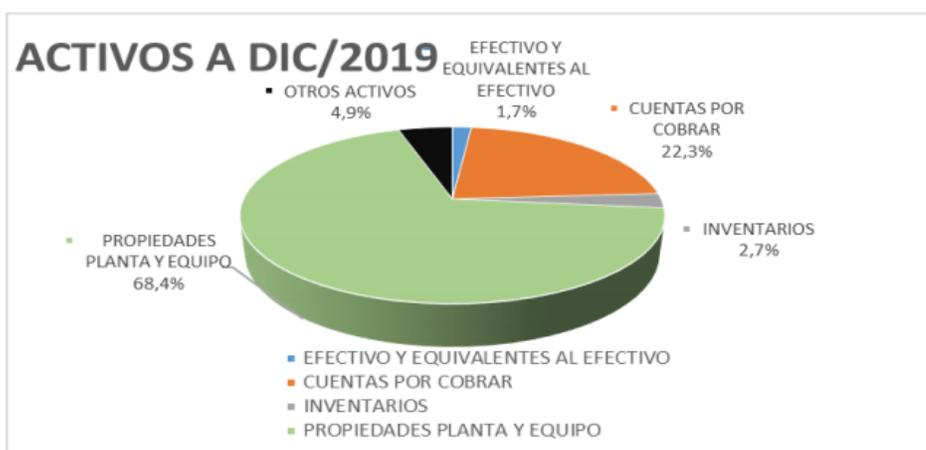
8.2 GESTIÓN CONTABLE

Activo

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

GRAFICO No. 1.

COMPOSICION DEL ACTIVO



Según el Grafico No. 1, las cuentas más representativas del activo son la cuenta 16 Propiedades Planta y Equipo con un 68.4% y la cuenta 13 Cuentas por Cobrar con un 22.3%.

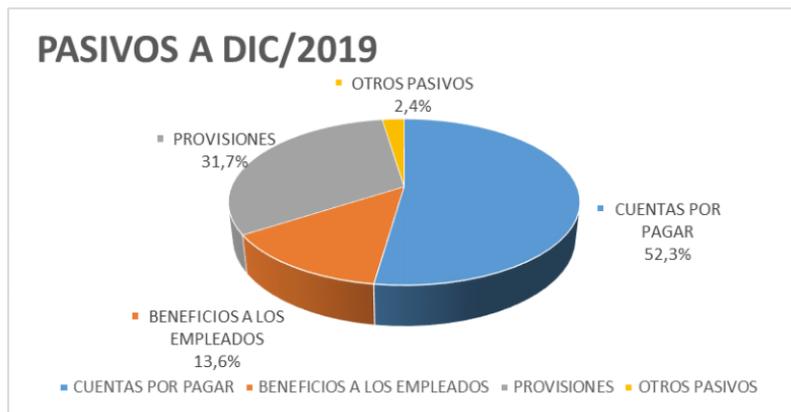
CUADRO N° 1 ANALISIS HORIZONTAL DEL ACTIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 31/12/2018	SALDO 31/12/2019	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
1	ACTIVO	44,125,504,509.56	42,352,633,499.70	- 1,772,871,009.86	-4.02%
11	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	1,751,448,549.48	730,758,594.58	- 1,020,689,954.90	-58.28%
13	CUENTAS POR COBRAR	11,684,474,422.08	9,430,044,008.04	- 2,254,430,414.04	-19.29%
15	INVENTARIOS	765,816,001.28	1,134,117,756.29	368,301,755.01	48.09%
16	PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPO	27,861,189,631.58	28,984,687,504.74	1,123,497,873.16	4.03%
19	OTROS ACTIVOS	2,062,575,905.14	2,073,025,636.05	10,449,730.91	0.51%

Según el gráfico No.1 y el cuadro N. 1, existe una variación absoluta negativa del total ACTIVOS en \$ -1.772.871.009, y una variación relativa del -4.02%. Se observa en el Cuadro No. 1 que las variaciones más representativas están en el grupo CUENTAS POR COBRAR con 19.29%, resultado de mayor radicación de la facturación en los diferentes Hospitales adscritos a la ESE.

Pasivo

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

GRAFICO No 2



Según el Grafico No. 2 las cuentas más representativas del Pasivo son las grupos 24 correspondiente a Cuentas por Pagar con 52.3% y Provisiones correspondiente a 31.7%.

GRAFICO No. 3



El Grafico No. 3 muestra una disminución de pasivos entre los periodos comparados, equivalente a \$ -3.074.600.932 millones de pesos.

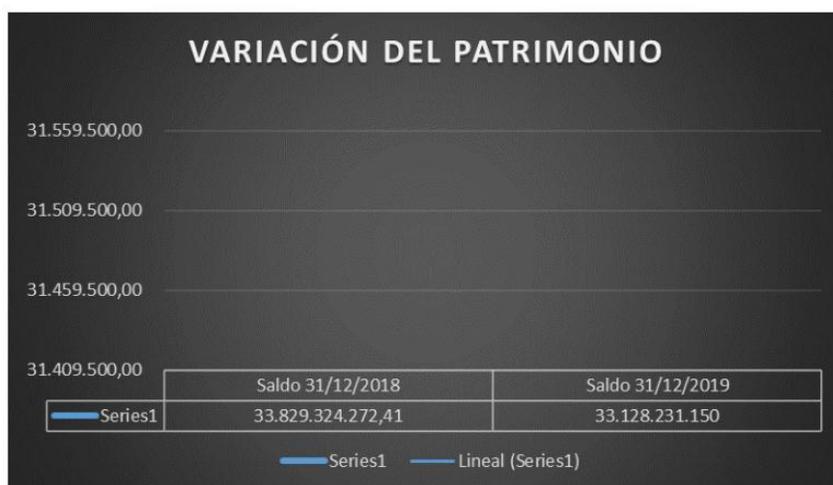
CUADRO N° 2 ANALISIS HORIZONTAL DEL PASIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 31/12/2018	SALDO 31/12/2019	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
2	PASIVOS	10,296,180,237.15	7,221,579,304.44	- 3,074,600,932.71	-29.86%
24	CUENTAS POR PAGAR	6,381,520,048.27	3,776,167,942.16	- 2,605,352,106.11	-40.83%
25	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	901,698,037.00	980,653,003.00	78,954,966.00	8.76%
27	PROVISIONES	2,581,640,949.00	2,291,108,013.00	- 290,532,936.00	-11.25%
29	OTROS PASIVOS	431,321,202.88	173,650,346.28	- 257,670,856.60	-59.74%

En el Cuadro No. 2 se observa un análisis horizontal a nivel de grupo de las cuentas que componen el pasivo de la ESE Moreno y Clavijo, donde existe una disminución alta en cuentas por pagar, el aumento se debe a mayor pago y gestión de recursos por el gerente de la entidad.

Patrimonio

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

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



CUADRO N° 3 ANALISIS HORIZONTAL DEL PATRIMONIO A NIVEL GRUPO

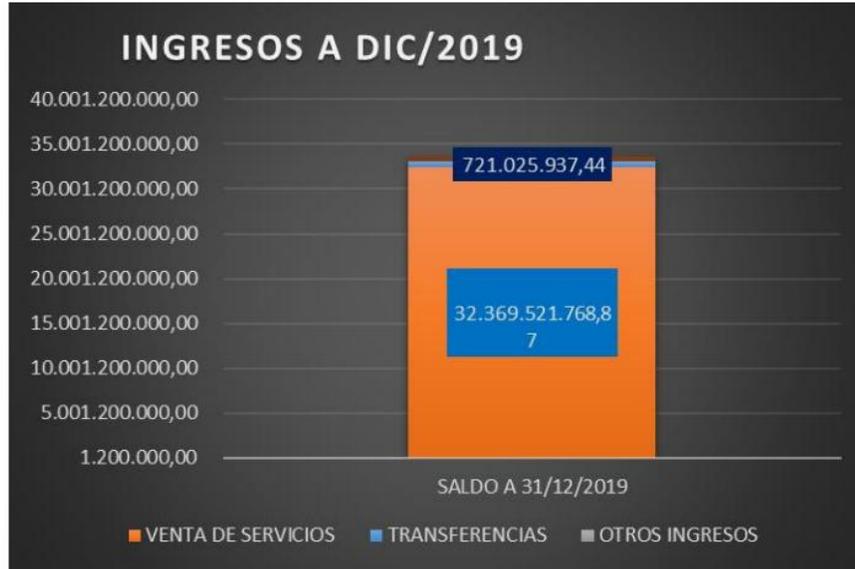
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 31/12/2018	SALDO 31/12/2019	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
3	PATRIMONIO	33,829,324,272.41	33,128,231,149.90	- 701,093,122.51	-2.07%
32	PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS	33,829,324,272.41	33,128,231,149.90	- 701,093,122.51	-2.07%

El patrimonio con respecto al periodo comparado, presenta un disminuyo de \$ - 701.093.122 millones esto se debe al reconocimiento de pérdida del margen de facturación.

Ingresos

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

GRAFICO No. 4



CUADRO N° 4 ANALISIS HORIZONTAL DEL INGRESO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 31/12/2018	SALDO 31/12/2019	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
4	INGRESOS	31,063,287,838.73	33,551,156,170.87	2,487,868,332.14	8.01%
43	VENTA DE SERVICIOS	28,300,484,282.13	32,369,521,768.87	4,069,037,486.74	14.38%
44	TRANSFERENCIAS	2,182,573,227.04	721,025,937.44	- 1,461,547,289.60	-66.96%
48	OTROS INGRESOS	580,230,329.56	460,608,464.56	- 119,621,865.00	-20.62%

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

Gastos y Costos

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

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

GRAFICO No. 5



CUADRO N° 5 ANALISIS HORIZONTAL DEL COSTO Y GASTO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 31/12/2018	SALDO 31/12/2019	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
5	GASTOS	15,656,067,263.19	14,177,428,069.46	- 1,478,639,193.73	-9.44%
51	ADMINISTRACION N	5,992,518,266.42	6,648,517,302.34	655,999,035.92	10.95%
53	DETERIORO, DEPRECIACIONES, AM	1,830,293,525.05	89,187,597.00	- 1,741,105,928.05	-95.13%
58	OTROS GASTOS	5,206,921,143.21	7,439,723,170.12	2,232,802,026.91	42.88%
6	COSTOS DE VENTAS	15,407,220,575.54	17,370,905,056.06	1,963,684,480.52	12.75%
63	COSTOS DE VENTAS DE SERVICIOS	15,407,220,575.54	17,370,905,056.06	1,963,684,480.52	12.75%

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

RESULTADOS DE ACTIVIDAD FINANCIERA DEL 31/12/2018 AL 31/12/2019

GRAFICO No. 6
(Cifras en miles \$)



El resultado al cuarto trimestre del año 2019, indica una utilidad de \$2.002.823.045 (Cifra en miles \$) con respecto al comparar el total Ingresos menos Total Costos y Gastos del periodo.

Saneamiento Contable

Se realizó un avance sobre legalización de bienes, en cuanto a las ambulancias se legalizaron 4 las cuales se encontraban a nombre la Unidad de salud, y ya fueron legalizadas a nombre de la Ese Moreno y Clavijo.

En cuanto las Hospitales de Tame y Fortul mediante derecho de petición de fecha 18 de febrero de 2019 se solicitó a los alcaldes una mesa trabajo lo cual no se obtuvo respuesta; por tal razón se reiteró el día 9 de abril de 2019, y a la fecha no ha sido respondido, por tal razón este proceso está a la espera de iniciar acciones judiciales ante los respectivos municipios.

El día 11 de abril se reunió el comité de planeación y gestión, el cual tiene a cargo la toma de decisiones del proceso de baja de los bienes de la ese moreno y Clavijo donde se socializo la visita que se realizó a los diferentes municipios, y se informó sobre el proceso que se deba dar para dar de baja definitiva los a los elementos que ya cumplieron su vida útil o están totalmente deteriorados.

Durante el periodo del 18 de junio al 17 de julio de 2019, Se depuraron las cuentas de activos entre ella las anticipos por viáticos encontrando los siguientes saldo pendiente por legalizar los cuales en este momento se están realizado la consolidación de la información para realizar los respectivos ajustes.

En cumplimiento a las actividades del contrato se realizó revisión y seguimiento a los diferentes compromisos que existe en almacén para mejoramiento continuo de esta dependencia, se revisó el software dinámica gerencial en el módulo de inventarios.

8.3 GESTIÓN TESORERÍA

Ingresos

Los recursos ingresados a la entidad en la vigencia 2019, corresponden a la venta de salud a crédito y de contado lo cual ascendió a un valor de \$ 27.914.417.744.29, los cuales están registrados en 1002 Recibos de Caja.

Es importante resaltar que durante esta vigencia, a través de las gestiones realizadas por la gerencia se logró el ingreso del recurso de COMPARTA E.S.P. modalidad capitado del Régimen Subsidiado, vigencias anteriores según Resolución 14654/2016 por un valor de \$1.874.615.092.

Con dicho recursos la administración logro cancelar los meses atrasados del personal vinculado a través de Contrato de Prestación de Servicios en los diferentes Hospitales adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.

Con el ingreso de los Recursos del Plan Nacional de Salud Rural según Resolución 00178/2019, del Ministerio de Protección Social, se garantizó el personal para la Atención en Salud de los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación – ETCR Filipinas – Tame.

En cuanto a los Contratos Interadministrativos firmados con los diferentes municipios del Departamento por concepto de Plan de Intervención Colectiva se logró liquidar en su totalidad, los recursos de las liquidaciones se reflejaron en la presente vigencia a excepción del municipio de Arauquita.

Egresos

Durante este trimestre, se registraron 9.933 egresos correspondientes a obligaciones de la entidad con clientes internos y externos por un valor de \$ 28.410.315.991,50. Durante la vigencia 2019, se logró disminuir las cuentas por pagar de vigencias anteriores, tanto de proveedores como de personal vinculado a través de Contrato de Prestación de Servicios.

En cuanto a las Cuentas por pagar de Personal al cierre de la presente vigencia solo quedo pendiente de pago el mes de diciembre de 2019. Es importante resaltar el compromiso de la administración con el pago de sentencias y conciliaciones logrando realizar pagos significativos por este concepto.

Considerando que la ESE Moreno y Clavijo viene arrastrando deuda de vigencias anteriores por concepto de Energía, firmo acuerdo de pago con ENELAR. En cuanto al Servicio de Energía, la ESE Moreno y Clavijo considerando que tiene una deuda de vigencias anteriores por este concepto, firmo acuerdo de pago con la Empresa de Energía ENELAR, pagándose en el transcurso de la vigencia un recurso muy significativo por un valor total de \$ 779.664.970.

Conciliaciones Bancarias

Cada una de las Cuentas bancarias con las que cuenta la entidad están debidamente conciliadas de manera mensual con los respectivos ajustes realizados a través de Notas Bancaria. Por otra parte se realiza de manera mensual conciliaciones entre el área de Contabilidad y Cartera.

8.4 GESTIÓN FACTURACIÓN

A continuación se evidencia la facturación generada durante la vigencia 2019, tal como se muestra en la siguiente tabla:

ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO			
FACTURACION GENERADA POR HOSPITAL Y MES 2019			
CODIGO	HOSPITAL	TOTAL FACTURACION GENERADA	%
1	SAN ANTONIO DE TAME	8,059,420,822	24.89%

2	SAN LORENZO DE ARAUQUITA	8,018,701,281	24.76%
3	SAN FRANCISCO DE FORTUL	5,746,618,775	17.74%
4	SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	1,446,323,618	4.47%
5	SAN JOSE DE CRAVO NORTE	1,180,550,373	3.65%
6	SAN RICARDO PAMPURI	2,505,282,509	7.74%
7	CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA	655,994,909	2.03%
8	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	1,575,260,794	4.86%
9	ESE MORENO Y CLAVIJO	3.198.068.768	9.87%
TOTAL		32,386,221,848	100.00%

Consolidado Facturación Generada por Régimen corte 31 de diciembre 2019

A continuación se presenta el consolidado de la facturación generada hasta el 31 de diciembre de 2019:

Tabla 1. Facturación Generada durante la vigencia 2019

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO		
FACTURACION GENERADA POR REGIMENES VIGENCIA 2019		
DEPARTAMENTO DE FACTURACION		
REGIMEN	TOTAL	%
IPS PRIVADAS	207,958,460.00	0.64%
CONTRIBUTIVO	1,053,816,245.50	3.25%
SUBSIDIADO	25,204,610,370.00	77.83%
VINCULADO	1,936,962,835.00	5.98%
SOAT	444,552,270.00	1.37%
ESPECIAL	205,467,590.00	0.63%
ARL	32,312,103.00	0.10%
SALUD PÚBLICA	3,198,068,768.00	9.87%
RECLAMACIONES FOSYGA	6,856,406.00	0.02%
OTRAS ASEGURADORAS	1,126,402.00	0.00%
MEDICINA PREPAGADA	1,571,741.00	0.00%
PARTICULARES	92,918,658.00	0.29%
TOTAL	32,386,221,848.50	100.00%

El consolidado de toda la vigencia 2019, es de \$32.386.221.848,50 donde el régimen subsidiado representa el 77.83% sobre el total de la facturación generada, seguido de salud pública correspondiente a los PIC con un 9.87%, y régimen vinculado con un 5.98%.

Comparativo Facturación Generada Vigencias 2018 y 2019

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO				
COMPARATIVO FACTURACION 2018 Y 2019				
DEPARTAMENTO DE FACTURACION				
REGIMEN	FACTUTACION 2018	TOTAL	DIFERENCIA	VARIACION %
IPS PRIVADAS	173,222,828	207,958,460	34,735,632	17%
CONTRIBUTIVO	742,654,009	1,053,816,246	311,162,237	30%
SUBSIDIADO	22,625,885,474	25,204,610,370	2,578,724,896	10%
VINCULADO	1,076,691,539	1,936,962,835	860,271,296	44%
SOAT	443,124,399	444,552,270	1,427,871	0%
ESPECIAL	132,104,717	205,467,590	73,362,873	36%
ARL	30,478,875	32,312,103	1,833,228	6%
SALUD PÚBLICA	2,982,193,092	3,198,068,768	215,875,676	7%
RECLAMACIONES FOSYGA	3,604,618	6,856,406	3,251,788	47%
OTRAS ASEGURADORAS	5,750,769	1,126,402	(4,624,367)	-411%
MEDICINA PREPAGADA	3,004,983	1,571,741	(1,433,242)	-91%
PARTICULARES	85,602,666	92,918,658	7,315,992	8%
TOTAL	28,304,317,968	32,386,221,848	4,081,903,880	13%

De acuerdo a la tabla, muestra que para la vigencia 2019 incremento en un 13% frente a la Facturación generada de la vigencia inmediatamente anterior, que corresponde en \$4.081.903.880, evidenciando que el régimen subsidiado mostro un incremento del 44% frente al régimen de la vigencia 2018, representando en \$2.578.724.896, seguido por el régimen especial que un incremento del 36%, seguidamente del régimen contributivo en un 30% y el régimen de Salud pública incremento en un 7%.

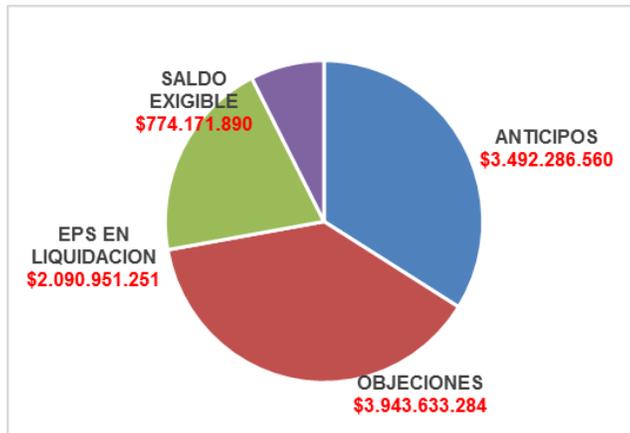
8.5 GESTIÓN CARTERA

El consolidado de cartera a corte 30 de diciembre de 2019 por deudas de servicios de salud asciende a la suma de \$10.301.042.985 con unos anticipos realizados por las ERP por valor de \$3.492.286.560 y un saldo de cartera de entidades en proceso de liquidación ya reconocido por valor de \$2.090.951.251 lo que ubicaría un saldo de cartera exigible por la suma de \$6.808.756.424.

CONSOLIDADO ESTADO DE CARTERA DICIEMBRE 2019			
ENTIDADES	NETO	(-) ANTIPOPOS	SALDO
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 6,650,586,121	\$ 3,199,602,696	\$ 3,450,983,425
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 2,231,720,829	\$ 175,812,257	\$ 2,055,908,572
ENT. MEDICINA PREPAGADA	\$ 3,280,053	\$ -	\$ 3,280,053
SOAT - ECAT	\$ 717,860,012	\$ 54,690,330	\$ 663,169,682
ARL	\$ 35,885,344	\$ 3,618,106	\$ 32,267,238
IPS PRIVADAS	\$ 174,974,019	\$ 56,006,720	\$ 118,967,299
POBLACION VULNERABLE	\$ 410,531,376	\$ -	\$ 410,531,376
ENTIDADES DEL REGIMEN ESPECIAL	\$ 28,981,092	\$ 2,556,452	\$ 26,424,640
CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS	\$ 47,224,139	\$ -	\$ 47,224,139
TOTALES	\$ 10,301,042,985	\$ 3,492,286,560	\$ 6,808,756,424

FUENTE: ARCHIVO CARTERA

El régimen subsidiado continua siendo el de mayor participación con un saldo de cartera por valor de \$3.450.983.425 que corresponde al 64.56% del total de la cartera, el régimen contributivo representa un 21.66% con \$2.055.908.572; las aseguradoras representan un 6.97% con un saldo de cartera por valor de \$663.169.682, las entidades que atienden a la PPNA con un 3.99% con un saldo de \$410.531.376, IPS privadas con un saldo de cartera \$118.967.299 que corresponde al 1.70% de participación, las otras entidades que corresponden a otros deudores por ventas de servicios de salud representan en promedio un 0.59% de participación.



ANALISIS ESTADO DE CARTERA POR EDADES

ENTIDADES	CARTERA POR EDADES CIERRE VIGENCIA 2019				TOTAL CARTERA BRUTA
	CORRIENTE	DE 91 A 180 DIAS	DE 181 A 360 DIAS	> A 361 DIAS	
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 1,895,812,475	\$ 1,069,819,132	\$ 1,655,008,575	\$ 2,029,945,940	\$ 6,650,586,121
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 392,437,089	\$ 132,958,068	\$ 206,512,743	\$ 1,499,812,929	\$ 2,231,720,829
MEDICINA PREPAGADA	\$ 257,700	\$ 115,000	\$ 1,293,572	\$ 1,613,781	\$ 3,280,053
SOAT - ECAT	\$ 112,052,913	\$ 41,353,689	\$ 78,244,598	\$ 486,208,812	\$ 717,860,012
ADM. RIESGOS LABORALES	\$ 10,648,381	\$ 3,221,175	\$ 438,600	\$ 21,577,188	\$ 35,885,344
IPS PRIVADAS	\$ 56,172,076	\$ 57,374,949	\$ 17,842,752	\$ 43,584,242	\$ 174,974,019
POBLACION VULNERABLE	\$ 364,447,223	\$ 2,137,385	\$ 2,084,079	\$ 41,862,689	\$ 410,531,376
REGIMEN ESPECIAL	\$ 14,752,788	\$ 4,491,872	\$ 5,615,911	\$ 4,120,521	\$ 28,981,092
CONVENIOS INTERADM.	\$ 12,475,173	\$ 55,000	\$ 31,259,886	\$ 3,434,080	\$ 47,224,139
TOTALES	\$ 2,859,055,818	\$ 1,311,526,270	\$ 1,998,300,716	\$ 4,132,160,181	\$ 10,301,042,985

FUENTE: ARCHIVO CARTERA

El saldo de cartera de 0 a 90 días se encuentra en la suma de \$2.859.055.818 el cual representa un 27.76% de participación siendo esta cartera catalogada como corriente dado que aún se encuentra en los tiempos normativos de auditoría, el saldo de cartera entre 91 y 180 días se encuentra en la suma de \$1.311.526.270 el cual representa un 12.73%, un saldo de cartera entre 181 y 360 días por valor de \$1.998.300.716 que representa un 19.40% y un saldo de la cartera > a 360 días por la suma de \$4.132.160.181 que representa un 40.11% del total de la facturación. En comparación con la vigencia anterior se presentó una disminución significativa de \$3.568.654.639 en los saldos de cartera con mora superior a 360 días esto teniendo en cuenta ingreso de los recursos de la liquidada Caprecom reconocidos en la vigencia 2016, recuperación de cartera Soat y acuerdo de pago suscrito con la Eps Comparta.

REGIMEN	CIERRE 2018	CIERRE 2019	VR. ABSOLUTA	VR. RELATIVA
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 10,925,744,926	\$ 3,450,983,425	\$ (7,474,761,501)	31.59%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 2,186,659,979	\$ 2,055,908,572	\$ (130,751,407)	94.02%
MEDICINA PREPAGADA	\$ 1,310,532	\$ 3,280,053	\$ 1,969,521	250.28%
SOAT - ECAT	\$ 901,002,527	\$ 663,169,682	\$ (237,832,845)	73.60%
ADM. RIESGOS LABORALES	\$ 29,481,046	\$ 32,267,238	\$ 2,786,192	109.45%
IPS PRIVADAS	\$ 184,616,433	\$ 118,967,299	\$ (65,649,134)	64.44%
POBLACION VULNERABLE	\$ 337,413,688	\$ 410,531,376	\$ 73,117,688	121.67%
REGIMEN ESPECIAL	\$ 56,291,089	\$ 26,424,640	\$ (29,866,449)	46.94%
CONVENIOS SALUD PUBLICA	\$ 47,224,139	\$ 47,224,139	\$ -	
TOTALES	\$ 14,669,744,360	\$ 6,808,756,424	\$ (7,860,987,935)	

CONSOLIDADO ENTIDADES EN PROCESO DE LIQUIDACIÓN

ENTIDADES	SALDO	ANTICIPOS	NETO	%
SALUDVIDA	\$ 1,274,008,350	\$ 303,229,683	\$ 970,778,667	14.26%
SALUDCOOP	\$ 724,728,709	\$ -	\$ 724,728,709	10.64%
CAFESALUD CONTRIBUTIVO	\$ 284,149,291	\$ -	\$ 284,149,291	4.17%
CAFESALUD SUBSIDIADO	\$ 65,908,090	\$ -	\$ 65,908,090	0.97%
EMPRESA MUT. PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD - EMDISALUD	\$ 32,700,506	\$ -	\$ 32,700,506	0.48%
CAJA DE COMP. FAM. DE CORDOBA - COMFACOR	\$ 10,470,949	\$ 2,402,928	\$ 8,068,021	0.12%
CAJA DE COMP. FAM. DE BOYACA - COMFABOY	\$ 3,095,839	\$ 216,709	\$ 2,879,130	0.04%
CRUZ BLANCA	\$ 1,738,837	\$ -	\$ 1,738,837	0.03%
TOTALES	\$ 2,396,800,571	\$ 305,849,320	\$ 2,090,951,251	30.71%

SALUDVIDA: Mediante Resolución No. 8896 del 1 de Octubre de 2.019 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes, negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar a SALUD VIDA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. Se realizó la presentación oportuna de acreencias de prestadores de servicios de salud por valor de \$1.387.767.076.

SALUDCOOP: Mediante resolución No 002414 se ordenó la intervención forzosa administrativa de SALUDCOOP EPS y según resolución No 001 del 25 de noviembre del

2015 que estableció que el término para la presentación de las acreencias sería el día 18 de enero del 2016, dando cumplimiento se realizó la oportuna presentación de la acreencia según radicado No 24632 por valor de \$1.200.518.565 (en donde se relacionó facturación devuelta) por parte de la liquidadora se reconoció según Resolución 1960 de 06 de marzo del 2017 la suma de \$410.881.050 y un valor reconocido en recurso de reposición según Resolución 1974 del 14 de Julio del 2017 \$351.472.754 lo que da a lugar a reconocer en favor del acreedor el valor definitivo de \$762.353.804.

RESOLUCION	DETALLE ACREENCIA	VALOR RECLAMADO	VALOR APROBADO	VALOR PAGADO	SALDO
1960 DEL 06/03/2017	EVENO CONTRIBUTIVO	\$ 1,200,518,565	\$ 410,881,050	\$ 37,625,095	\$ 373,255,955
AL - 14608 DE 2016	RECURSO REPOSICION	\$ 789,624,315	\$ 351,472,754	\$ -	\$ 351,472,754
TOTAL APROBADO		\$ 1,200,518,565	\$ 762,353,804	\$ 37,625,095	\$ 724,728,709

CAFESALUD Mediante resolución No 2426 del 19 de Julio del 2017 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud se ordenó la liquidación de CAFESALUD EPS; se presentó por parte de la ESE MYC un saldo de cartera por valor de \$386.418.253 de los cuales fueron reconocidos \$284.149.291 correspondientes al régimen contributivo y \$65.908.090 al régimen subsidiado para un valor total reconocido por la suma de \$350.057.381 aceptándose un valor de \$36.360.872 correspondiente a un 9.4% del total de la cartera presentada.

Sin embargo, mediante resolución No 7172 del 22 de julio de 2019 la liquidadora solicitó NUEVAMENTE la presentación de reclamaciones, dejando sin piso actas de reconocimiento de acreencias y certificado de deuda; las cuales fueron radicadas a la liquidadora el 27/09/2019 por lo cual se está a la espera del acta de reconocimiento y graduación de créditos.

EMDISALUD El proceso de radicación de acreencias se encuentra SUSPENDIDO hasta nuevo aviso en razón a que en el Juzgado Penal del Circuito de Loricá resuelve "Ordenar de forma provisional hasta que se adopte el fallo de tutela levantar las medidas cautelares de funcionamiento ordenados mediante la resolución 008929 de 2019 sobre EMDISALUD quedando en estado inicial antes de su aplicación, continuando con la prestación del servicio a los afiliados

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA Según resolución No 007184 del 23 de julio de 2019, se ordenó la toma de bienes e intervención administrativa forzosa de COMFACOR, atendiendo aviso emplazatorio se realizó la presentación oportuna de acreencias el día 25/09/2019 en 570 folios útiles por valor de \$10.470.949, se está a la espera del acta de reconocimiento y graduación de créditos

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA En cumplimiento de la Resolución 2916 del 26/08/2017 que ordeno la liquidación de la EPS Caja de Compensación Familiar de Boyacá – COMFABOY - se realizó presentación OPORTUNA de acreencias en 220 folios por valor de \$4.994.229, mediante Circular 047 fueron reconocidos valores por \$3.095.839.

CRUZ BLANCA Mediante resolución 0002599 de 2016 se dispuso la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes e intervención forzosa de CRUZ BLANCA S.A, por lo cual se realizó la radicación oportuna de acreencias el día 26/11/2019 por valor de \$2.466.807 en 216 folios útiles. Se está a la espera del acta de reconocimiento y graduación de créditos.

Régimen Subsidiado

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado a cierre vigencia 2019 es de \$6.650.586.121 la cual representa un 64.56% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación (Salud vida, Cafesalud subsidiado, Caja de compensación familiar de Córdoba – Comfacor - Caja de compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy, Emdisalud) por valor de \$1.386.183.735 (-) anticipos por \$3.199.602.696 (-) glosa por conciliar que generan un monto de deuda real de \$678.127.515. Los saldos de cartera con mora a 90 días (cartera corriente) representa un 28.51% por valor de \$1.895.812.475, entre 91 y 180 días representa un 16.09% con un saldo de \$1.069.812.132 entre 181 y 360 días un saldo de cartera por \$1.655.008.575 con el 24.89% y la cartera con mora superior a 360 días pese a que presenta una significativa disminución frente al año inmediatamente con un saldo de cartera de \$2.029.945.940 que representa el 30.52% de participación.

Régimen Contributivo

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen contributivo a cierre vigencia 2019 es de \$2.055.908.572 la cual representa un 30.20% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación (Cafesalud contributivo, Saludcoop y Cruz Blanca) por valor de \$1.010.616.837 (-) anticipos por \$175.812.257 (-) glosa por conciliar que generan un monto de deuda real de \$436.354.444. Los saldos de cartera con mora a 90 días (cartera corriente) representa un 19.09% por valor de \$392.437.089, entre 91 y 180 días representa un 6.47% con un saldo de \$132.958.068 entre 181 y 360 días un saldo de cartera por \$206.512.743 con el 10.04% y la cartera con mora superior a 360 días representa un 64.40% con un saldo de \$1.499.812.929.

Aseguradoras – SOAT

El saldo de cartera de las entidades aseguradoras al cierre vigencia 2019 es de \$663.169.682 la cual representa un 9.74% del total de la cartera (-) anticipos por \$54.690.330 (-) glosa por conciliar que generan un monto de deuda real de \$194.077.294.

Los saldos de cartera con mora a 90 días (cartera corriente) representa un 16.90% por valor de \$112.052.913, entre 91 y 180 días representa un 6.24% con un saldo de \$41.353.689 entre 181 y 360 días un saldo de cartera por \$78.244.598 con el 11.80% y la

cartera con mora superior a 360 días representa un 73.32% con un saldo de \$486.208.812.

En relación al contrato No 609- 2019 suscrito para la “Prestación de servicios profesionales para la recuperación de cartera prescrita de las aseguradoras SOAT” con outsourcing de la ciudad de Bogotá cuyo vencimiento fue el día 31 de diciembre de 2019, se resume gestión realizada, así:

Se realizó entrega de actas de conciliación No 1329847, 1393740, 1393744, 1393738, 1393741, 1393742, 1393743 a las áreas de contabilidad y auditoría de cuentas médicas para los correspondientes ajustes, culmina así el proceso de depuración y conciliación de objeciones con QBE SEGUROS en donde se evidencia el avance del recaudo con un cumplimiento del 100%, a cierre de la vigencia no existe saldo vigente con esta entidad. Con Suramericana de Seguros se realiza conciliación de saldos según actas No 1342903, 1442930, 1443923 en donde sobre un valor conciliado de \$25.829.637 se recupera a favor de la ESE MYC la suma de \$15.024.988, valores ya recaudados. Con la Equidad se realizó acta de cierre de vigencia No DSC-AC-EQUI-181206-194. Con SEGUROS DEL ESTADO no se llegó a acuerdo alguno sobre saldos anteriores a 2014 que la aseguradora manifiesto caducados y prescritos por lo que se levantó acta de depuración de saldos.

Con La previsoría CIA de Seguros se realizaron mesas de trabajo para revisión de cartera a fin de lograr un cierre definitivo a corte diciembre de 2017, sin acuerdo entre las partes, ya que la aseguradora alega no reconocer valor alguno por cuentas radicadas calificadas como prescritas según artículo 1081 del CC.

Otras Ventas por Servicios de Salud

El saldo de cartera que consolida las entidades que pertenecen a otras ventas por servicios de salud a cierre de la vigencia se ubica en la suma de \$591.470.606 que representa un 6.35% del total de la cartera de la ESEMYC. Las entidades que atienden la Población vulnerable representan el 3.99% con un saldo de cartera de \$410.531.376, las IPS privadas representan el 1.70% con un saldo de cartera \$118.967.299, las entidades del régimen especial con un 0.28% por \$26.424.640 y las entidades de medicina prepagada con 0.03% con un saldo por \$3.280.053

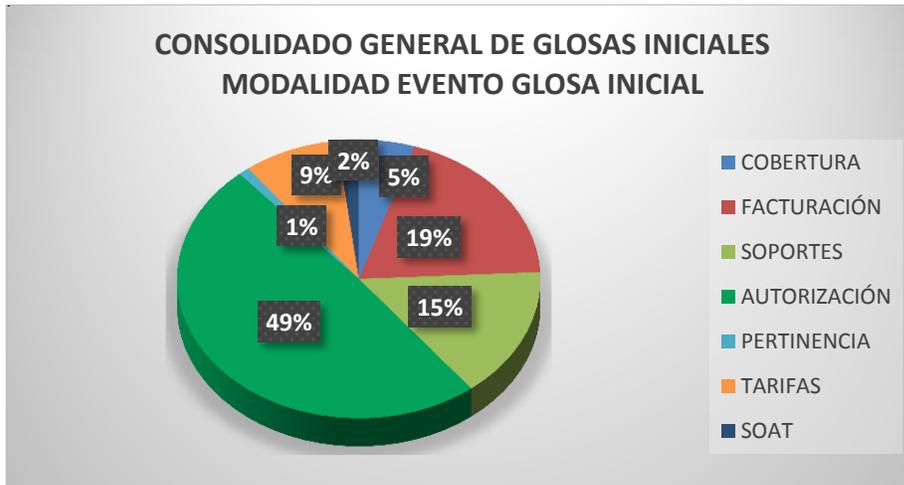
Auditoría de Cuentas Médicas

De acuerdo al periodo comprendido entre 01 de Enero de 2019 al 31 de Diciembre de 2019, hemos recibido objeciones por un valor de \$ 308.890.981 correspondiente a la radicación de las cuentas por prestación de servicios de salud en los diferentes hospitales, bajo la modalidad evento, se evidencia disminución de las mismas frente a la vigencia anterior en un 40%.

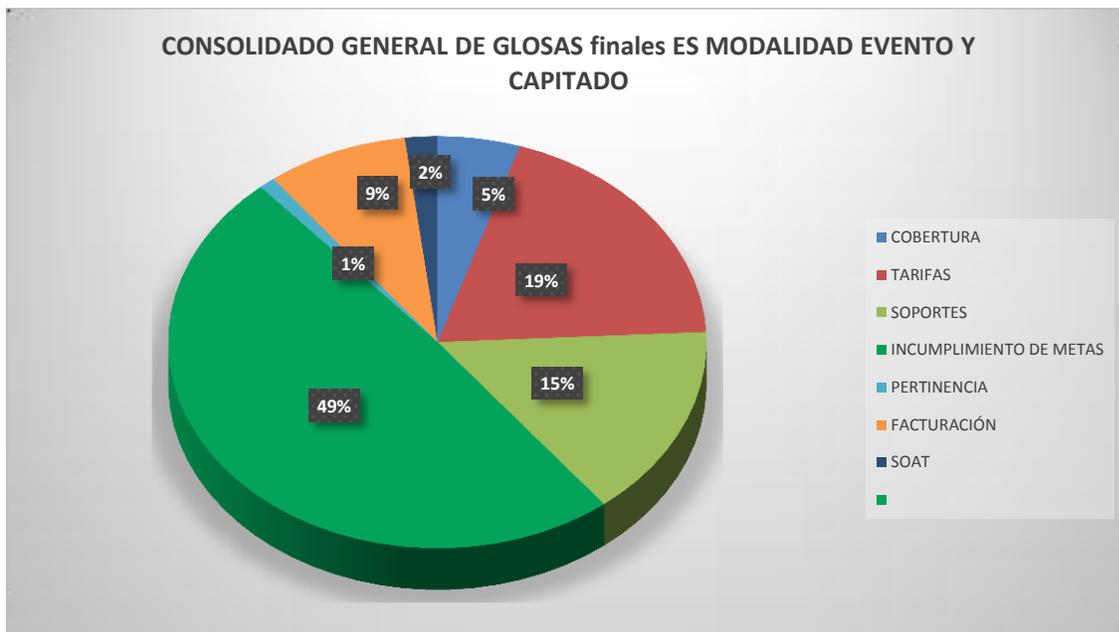
Para el caso de la modalidad de capitado, las glosas ascienden a los \$2.300.000 millones, de los cuales estamos a la espera de la auditoría del mes de diciembre para iniciar trámite de conciliación.

Dicho valor de glosas corresponde a diferentes motivos clasificados en Objeción Administrativas y pertinencia médica, cabe resaltar que dichas objeciones

fueron respondidas y soportadas según los tiempos estipulados en la normatividad vigente.



Principales motivos de acuerdo con las actas realizadas durante la vigencia 2019.



Conciliación de Glosas

Es de valorar la gestión gerencial para el apoyo de las conciliaciones de glosas realizadas, gestión realizada ante la procuraduría por la cual se adelantaron valiosos aportes para la conclusión de las actas con las EPS COMPARTA y NUEVA EPS.

Las glosas de la EPS COMPARTA se presentan por incumplimiento de metas, duplicidad en el servicio, y errores de facturación por códigos pactados previamente.

Por lo cual se ha realizado trabajo mancomunado con las áreas de Facturación y PYP.

El plan de trabajo Realizado, se continua insistiendo que es necesario con las entidades responsables de pago que vienen incumpliendo citas y acuerdos de conciliaciones de glosas, iniciar acciones de procesos disciplinarios por incumplimiento y radicarlos ante los medios legales como la Supersalud, o comités jurídico de vigilancia por el incumplimiento de contratos.

Por otro lado se estudió la información reportada por errores de los facturadores y se realizaron actividades encaminadas al mejoramiento de nuestras funciones en la entidad, con el ánimo de contribuir al cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados y así garantizar más recursos para la institución.

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

Como es evidente la Institución, se ve afectada económicamente, por diferentes factores según lo que respecta al tema de glosas; razón por la que durante la vigencia 2019 se fortaleció el proceso de facturación, mediante seguimiento a las actividades en cuanto al manejo de manuales tarifarios por parte del personal de facturación, con capacitaciones al personal con el fin de reducir errores e implementando seguimientos en los mismos en aras de mejora continua, se evalúa la aplicabilidad de la normatividad vigente en el tema de facturación y de la contratación realizada, manejo de indicadores de gestión que por supuesto deben ir de la mano de un excelente sistema de información que permita medir los procesos para la toma de decisiones por parte de los directivos.

8.6 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

La ESE MORENO Y CLAVIJO, para la vigencia 2019, mantuvo su planta de personal e incorporo en su talento humano dos profesionales de carrera administrativa, así mismo, por inconvenientes ajenos a nuestra voluntad, se suspendieron plazas de los profesionales de servicio social obligatorio, lo que se reflejó en el valor de la nómina.

Es importante resaltar que la administración deja al día los pagos salarios y prestaciones sociales de los empleados de planta, así como los honorarios de los contratistas vinculados en la ESE.

Planta de Personal

ITEM	CARGO	TIPO DE VINCULACIÓN	N° DE FUNCIONARIOS
1	GERENTE	Resolución legal y Reglamentaria	1
2	SUBG. SALUD		1
3	SUBG. ADMINISTRATIVO		1
4	ASESOR JURIDICO		1
5	ASESOR DE PLANEACIÓN		1
6	ASESOR CONTROL INTERNO		1
7	ASESOR CALIDAD		1
8	TESORERA GENERAL		1
9	PROF.UNIV.SISTEMAS INFORMACION		1
10	PROFESIONAL UNIVERSITARIO		1
11	DIRECTOR HOSPITAL		6
12	MEDICO SERVICIO SOCIAL		23
13	BACTERIOLOGO (A)		4
14	ENFERMERA SSO		10
15	ODONTOLOGIA SSO		6
	TOTAL		59

Concepto	2019
Sueldo de personal	\$1.992.870.101
Disponibilidades	\$ 64.436.000
Bonificación Por servicios	\$19.823.000
Prima de vacaciones	\$162.401500
Bonificación por recreación	\$ 9.453,000

Prima de navidad	\$ 166.490.500
Prima de Servicios	\$ 72.365.500
Contribuciones parafiscales y patronales	\$ 617.728.423

Personal por Prestación de servicios

En el área del personal vinculado mediante la modalidad de PRESTACION DE SERVICIOS, se vio un aumento significativo en el valor del personal de contrato de la sede Central, por cuanto nos vimos en la necesidad de vincular personal para el saneamiento contable la baja de bienes inservibles, archivo, SIA y planeación mediante la vinculación de diferentes ramos del área de la construcción, para realizar los proyectos de remodelación de los hospitales y centros de salud adscritos a la ESE, un profesional para el seguimiento para la terminación del hospital de Cravo Norte, se fortaleció el área de saneamiento de aportes patronales.

Cantidad de personas

Concepto	2019	
Hospital San Antonio de Tame (, Puesto de Salud Filipina)	132	
Centro de Salud Juan de Jesús Coronel	24	
Hospital San Lorenzo	88	
Centro de Salud de Panamá	17	
Hospital San Ricardo de Pampuri	45	
Hospital San Francisco	75	
Hospital San Juan de Dios	30	
Hospital San José de Cravo Norte	31	
Sede Central	52	
TOTAL	494	

Costo financiero de personal vinculado.

Concepto	2019
Hospital San Antonio de Tame (Centro de Salud Juan de Jesús Coronel, Puesto de Salud Filipina)	\$ 3.020.792.737
Hospital San Lorenzo de Arauquita (Centro de Salud de Panamá)	\$ 2.034.103.152
Hospital San Ricardo de Pampuri	\$ 737.616.000
Hospital San Francisco de Fortul	\$ 1.435.564.200
Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón	\$ 503.145.696
Hospital San José de Cravo Norte	\$ 592.404.144
MEDICOS	\$ 1.826.705.250
Sede Central	\$ 1.480.196.928
Total	\$ 11.629.705.200

Uno de los objetivos de esta administración fue la reducción del Gasto, pero sin descuidar el fin último de la empresa, nuestros usuarios, en razón a ello y por necesidades del servicio, se dio la vinculación de mayor número de profesionales a la entidad que se tradujo en mayor calidad y más oportunidad, en la prestación de los servicios, sin que se desbordara de una manera significativa el gasto.

En la administración pública se mide la eficiencia por el costo beneficio y cuando se analiza el comportamiento de financiero que se ve reflejado en los ingresos, por mayor venta de servicios o cumplimiento de metas en los contratos capitados, mayor recuperación de cartera e ingreso de recursos por cualquier otro factor, se demuestra que fue útil y necesaria la ejecución de recursos en la vinculación e personal de OPS, que redundo en mayores ingresos de la ESE.

8.7 GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO

El objetivo de este proceso está orientado hacia el desarrollo de las actividades que llevan a prestar un servicio eficiente, oportuno, en la recepción y distribución de insumos necesarios requeridos por los centros asistenciales para el cumplimiento de su función

asistencial y administrativa. A su vez velar por aquellos que van a quedar como previsión en existencia o se encuentran en tránsito en el almacén.

En este orden de ideas el Proceso de Ambiente Físico y tecnológico tiene como propósito fundamental lograr la eficiencia, eficacia en la prestación de servicios de la salud brindados por cada uno de los Hospitales y Centros de Salud de nuestra empresa.

La pretensión del presente informe es dar cuenta sobre la ejecución del plan anual de adquisiciones vigencia 2019 de la E.S.E Moreno y Clavijo, en el informe se describen aspectos como objeto contratado y valor total contratado.

EJECUCIÓN PAA 2019

Una vez aprobado el PAA vigencia 2019 de la ESE MORENO Y CLAVIJO, se comenzó con la ejecución del mismo y seguimiento, para poder brindar un debido proceso permitiendo realizar adquisiciones de forma controlada en la ejecución del PAA 2019 de la ESE MORENO Y CLAVIJO. El porcentaje de ejecución del PAA 2019 a corte DICIEMBRE es del 100%.

En el año 2019 el sub proceso de ambiente físico y tecnológico recibió y verifico la entrega de todos los elementos e insumos, equipos necesarios para el desarrollo de las diferentes actividades para brindar un servicio oportuno y eficiente enfatizado en la misión de la empresa.

Inventario Consumo 2019

Respecto al manejo y control de inventarios de la vigencia 2019 se solicitó el reporte de los consumos a cada hospital y centro de salud con el fin de revisar, analizar la información reportada de acuerdo a los insumos despachados por el área de almacén. Estos inventarios fueron auditados por la oficina asesora de control interno revisando la información reportada en físico y magnético, dando a conocer las auditorías a la red hospitalaria con el fin de aplicar las mejoras pertinentes en los siguientes reportes de estos inventarios.

En el 2019, hasta el corte del mes de Diciembre el hospital San Antonio de Tame fue el que mayor consumo de insumos tales como; medicamentos, dispositivos médicos y hospitalarios, insumos de aseo y limpieza general, papelería y materiales, debido al aumento de usuarios de salud pública, consultas y el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención para la disminución de mujeres embarazadas a temprana edad, también aumento la rotación de insumos de laboratorio clínico por el aumento en la demanda de usuarios que se realizaron exámenes clínicos, en este orden de ideas el hospital San Lorenzo fue el segundo en rotación y consumo, San Francisco el tercero los cuales se observa un equilibrio en los costos de consumo en comparación al último trimestre de la vigencia anterior, Hospital San Ricardo Pampuri aumento en un 3% el consumo de medicamentos debido a que aumento la asistencia de usuarios de este centro asistencial, los Hospitales San Juan de dios, san José y centros de salud de

panamá y Juan de Jesús Coronel representan un consumo equilibrado sin tener picos altos y bajos en los costos de los consumos de acuerdo a las necesidades presentadas durante la vigencia.

Actualización y Depuración de Inventarios

Actualmente la ESE Moreno y Clavijo actualizó la depuración y levantamiento del inventario físico de la propiedad, planta y equipo e intangibles en los Hospitales de mayor capacidad de propiedad planta y equipos tales como; Hospital San Antonio de Tame, Hospital San Lorenzo de Arauquita y Hospital San Francisco de Fortul, Hospital San José de Cravo Norte, Hospital San Juan de Dios de Pto. Rondón, Hospital San Ricardo Pampuri, centro de salud de Panamá, centro de salud Juan de Jesús Coronel.

En la actualidad el proceso de depuración se encuentra en la etapa de realizar el procedimiento legal al que haya lugar para el debido proceso de la baja de activos de acuerdo a las actualizaciones realizadas.

RELACIÓN CONTRATOS RECIBIDOS Y VERIFICADOS

En el año 2019 el sub proceso de ambiente físico y tecnológico recibió y verificó la entrega de todos los elementos e insumos, equipos necesarios para el desarrollo de las diferentes actividades para brindar un servicio oportuno y eficiente enfatizado en la misión de la empresa.

9. GESTION ASISTENCIAL

9.1 DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCION ESPECÍFICA

La ESE Departamental Moreno y Clavijo realizó contratación por modalidad Cápita en los programas de Detección Temprana y Protección Específica en las diferentes EPS, siendo las más significativas por la cantidad de usuarios las EPS de Comparta, Nueva EPS y Salud Vida, de igual manera realiza contratación con modalidad Evento en las EPS de Capresoca, Avanzar Médico, Ejército Nacional, Policía Nacional, Nueva EPS, Coosalud, Salud Vida y Medimas. Los usuarios que se encuentran vinculados y que no tienen seguridad social en salud están contratados por la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca por capitación, pero la población que se atiende vinculada en la Red de la ESE Moreno y Clavijo tiene un porcentaje bajo, comparado con la atención de usuarios de las demás EPS con modalidad de contratación cápita.

Uno de los objetivos fundamentales trazados para la vigencia 2019, fue controlar la productividad en cada una de las matrices de pyp emitidas por las EPS para disminuir la sobre-ejecución en algunos programas de pyp, se han desarrollado diferentes actividades para controlar cada uno de los programas, con el fin de dar cumplimiento a la matriz de contratación y disminuir sobre costos a nuestra entidad con respecto a gastos de insumos, deterioro de equipos biomédicos, y tiempo del talento humano en donde podría realizar otras actividades tendientes a mejorar el estado general de los programas de

promoción y prevención, como lo es la revisión de la calidad del dato en las historias clínicas, capacitación continua al cliente interno y externo sobre las guías de atención adoptadas del Ministerio de Salud dando cumplimiento a la resolución 3280 de 2018, de acuerdo a la modalidad contractual realizada por cada EAPB y la búsqueda activa efectiva de la demanda inducida a los programas que no lleven cumplimiento de metas, logrando el objetivo de la entidad.

Se hizo verificación y seguimiento continuo al cumplimiento de metas en los diferentes programas de promoción y prevención, retroalimentando a cada uno de los directores y coordinadores de los hospitales y centros de salud adscritos a la red hospitalaria, se llevó a cabo evaluación en el cumplimiento de las matrices de pyp programadas por cada EPS y se realizó seguimiento por cada hospital de la productividad que realizan mes a mes. Se establecieron los seguimientos de pyp semanales para realizar verificación junto con los coordinadores de procesos de facturación, sistemas de información y sispro, para que las consultas y procedimientos del área de promoción y prevención sean 100% facturados, y sean ingresados al sistema de Información de la resolución 4505 de 2012, ya que es una de las herramientas por las cuales realizan los pagos de la prestación de los servicios de salud a cada una de las EPS contratadas, este ejercicio se realiza a través del formato aprobado por calidad PYP-FO-104 y PYP-F0-105.

En la vigencia 2019 se presentaron demoras en la contratación por parte de la EPS; la contratación con Nueva EPS se lleva a cabo con contrato del año 2016, donde se realizan actas de ajuste de venta de servicios y precios anualmente. Los planes de cobertura emitidos por cada EAPB fueron socializados con los directores y coordinadores de PyP de cada uno de los hospitales y emitidos previamente a cada uno de los correos institucionales de cada hospital y centro de salud. El municipio de Arauquita recibió incentivo económico por cumplimiento de indicadores en el periodo evaluado 2019.

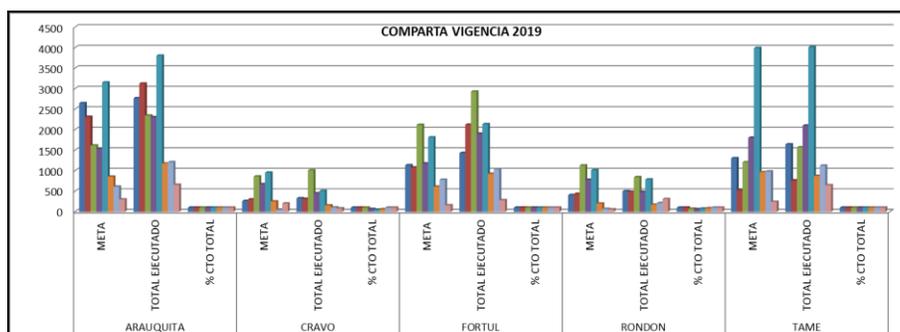
El comportamiento de las metas para el periodo evaluado por cada EAPB, fue el siguiente:

➤ **EPS COMPARTA:**

las metas de comparta se trabajaron hasta el mes de agosto con las establecidas en la vigencia 2019, ya que hasta el día 02 de agosto se firmaron contratos para la vigencia 2019, el mes de septiembre se trabajaron por cursos de vida de acuerdo a la resolución 3280. Quedando para el año 2019 el siguiente comportamiento:

ESTRUCTURA DE SERVICIOS I NIVEL DE ATENCION	ARAQUITA			CRAVO			FORTUL			RONDON			TAME		
	META	TOTAL EJECUTADO	% CTO TOTAL	META	TOTAL EJECUTADO	% CTO TOTAL	META	TOTAL EJECUTADO	% CTO TOTAL	META	TOTAL EJECUTADO	% CTO TOTAL	META	TOTAL EJECUTADO	% CTO TOTAL
PRIMERA INFANCIA (8 DIAS A 5 AÑOS 11 MESES 29 DIAS)	2.648	2.768	100	261	326	100	1.133	1.432	100	407	501	100	1.304	1.643	100
INFANCIA (6 A 11 AÑOS 11 MESES 29 DIAS)	2.312	3.124	100	301	312	100	1.079	2.123	100	434	487	100	525	765	100
ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS 11 MESES 29 DIAS)	1.614	2.345	100	859	1.010	100	2.117	2.930	100	1.128	843	75	1.208	1.567	100
JUVENTUD (18 A 28 AÑOS 11 MESES 29 DIAS)	1.531	2.305	100	673	449	68	1.174	1.904	100	780	486	62	1.804	2.100	100
ADULTEZ (29 A 59 AÑOS 11 MESES 29 DIAS)	3.152	3.804	100	952	509	53	1.813	2.135	100	1.013	787	78	3.993	4.015	100
VEJEZ (> 60 AÑOS)	855	1.177	100	249	154	62	611	924	100	200	172	86	964	872	100
ATENCION EN SALUD MATERNO PERINATAL	612	1.209	100	52	103	100	780	1.034	100	70	211	100	980	1.123	100
RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO	300	656	100	201	85	100	156	281	100	60	310	100	240	647	100

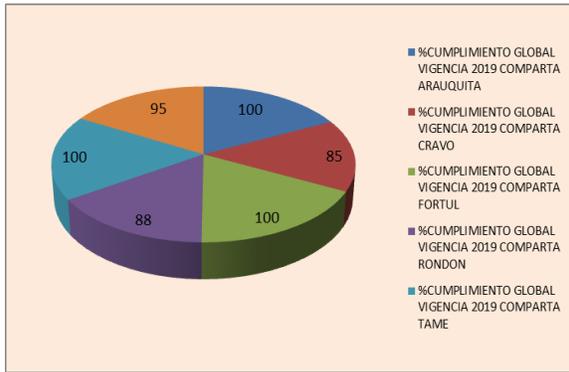
Fuente: Matriz de programación de la EPS Comparta y Registros diarios del programa de Promoción y Prevención ESE Departamental Moreno y Clavijo.



%CUMPLIMIENTO GLOBAL VIGENCIA 2019 COMPARTA					
ARAQUITA	CRAVO	FORTUL	RONDON	TAME	TOTAL GLOBAL
100	85	100	88	100	95

Fuente: Matriz de prog

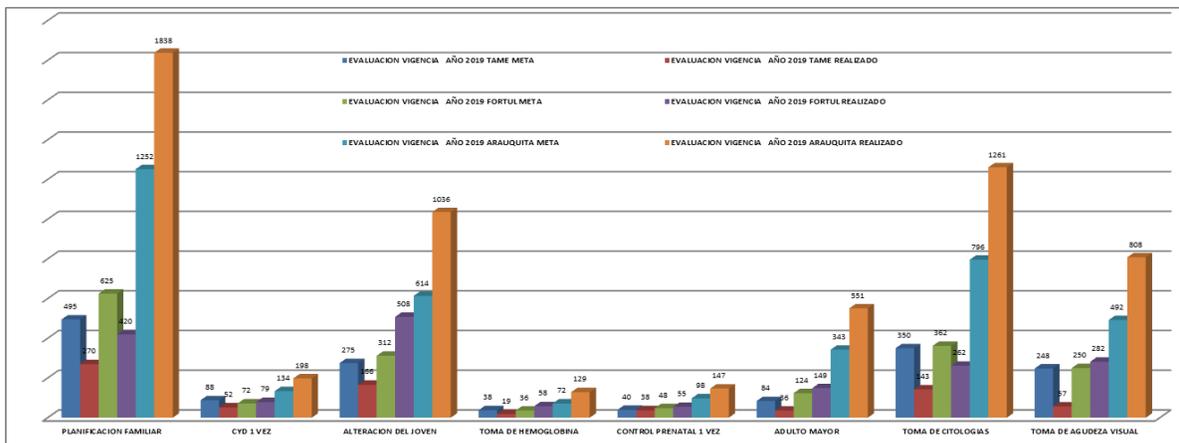
amación de la EPS Comparta y Registros diarios del programa de Promoción y Prevención ESE Departamental Moreno y Clavijo.



El porcentaje de cumplimiento global para las metas de Promoción y Prevención durante el último contrato con la EAPB Comparta fue del 95% en la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo, teniendo en cuenta cada uno de los cursos de vida establecidos por la resolución 3280 de 2018.

➤ **EPS SALUD VIDA:**

PROGRAMA	EVALUACION VIGENCIA AÑO 2019								
	TAME			FORTUL			ARAQUITA		
	META	REALIZADO	%CUMPLIMIENTO	META	REALIZADO	%CUMPLIMIENTO	META	REALIZADO	%CUMPLIMIENTO
PLANIFICACION FAMILIAR	495	270	55	625	420	67	1252	1838	100
CYD 1 VEZ	88	52	59	72	79	100	134	198	100
ALTERACION DEL JOVEN	275	166	60	312	508	100	614	1036	100
TOMA DE HEMOGLOBINA	38	19	50	36	58	100	72	129	100
CONTROL PRENATAL 1 VEZ	40	38	95	48	55	100	98	147	100
ADULTO MAYOR	84	36	43	124	149	100	343	551	100
TOMA DE CITOLOGIAS	350	143	41	362	262	72	796	1261	100
TOMA DE AGUDEZA VISUAL	248	57	23	250	282	100	492	808	100



Se puede observar que:

- El municipio que cumplió las metas programadas para esta vigencia fue Arauquita.
- El municipio de Fortul cumplió casi en todos los programas de pyp contratados a excepción de los programas de Planificación Familiar y toma de Citologías.
- El municipio de Tame no cumple con las actividades de pyp para estos programas, se realizó en varias ocasiones oficio a la EPS de salud vida, para indicar la importancia de emitir base de datos con direcciones y números telefónicos, ya que siempre se enviaban incompletas, se tiene evidencias de los oficios emitidos.

EVALUACION HIGIENE ORAL VIGENCIA AÑO 2019									
PROGRAMA	TAME			FORTUL			ARAUQUITA		
	META	REALIZADO	%CUMPLIMIENTO	META	REALIZADO	%CUMPLIMIENTO	META	REALIZADO	%CUMPLIMIENTO
HIGIENE ORAL	9618	5599	58	13122	13755	100	26928	50265	100



En los procedimientos de higiene oral se llevó a cabo cumplimiento en los municipios de Fortul y Arauquita al 100%. El porcentaje global de cumplimiento para higiene oral en la red fue del 86% durante la vigencia 2019. El porcentaje de cumplimiento en las demás actividades de PyP de forma global fue del 82% para el periodo evaluado del 2019.

➤ **NUEVA EPS:**

Esta EAPB evalúa nuestra institución a través de 52 indicadores de PyP que se encuentran dentro del Sistema de esta EPS: PROCEX, software

Óptimo	90% al 100%
Deficiente	80% al 89%
Muy deficiente	60% al 79%
No aceptable	Menor al 60%
No reportó	0%
No aplica	N/A

Fuente: sistema

PROCEX software de Nueva EPS

De acuerdo al comportamiento de la vigencia 2019, se puede observar que el comportamiento en el cumplimiento de metas de PyP para la nueva EPS fue:

CONTRATACION CAPITADA VIGENCIA 2019		CONTRATACION EVENTO VIGENCIA 2019	
Indicadores PYP HOSPITAL SAN LORENZO - Diciembre 2019	Indicador IPS 91.4%	Indicadores PYP E.S.E. MORENO Y CLAVIJO-HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE - Diciembre 2019	Indicador IPS 61.1%
Fecha de emisión: 14/01/2020 08:30 PM	Óptimo	Fecha de emisión: 14/01/2020 08:30 PM	Muy deficiente
Indicadores PYP HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL - Diciembre 2019	Indicador IPS 85.4%	Indicadores PYP E.S.E. MORENO Y CLAVIJO-HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDON - Diciembre 2019	Indicador IPS 56.3%
Fecha de emisión: 14/01/2020 08:30 PM	Deficiente	Fecha de emisión: 14/01/2020 08:30 PM	No aceptable
Indicadores PYP HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME - Diciembre 2019	Indicador IPS 71.2%	Indicadores PYP HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL - Diciembre 2019	Indicador IPS 46.5%
Fecha de emisión: 14/01/2020 08:30 PM	Muy deficiente	Fecha de emisión: 14/01/2020 08:30 PM	No aceptable
PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	83%	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	55%

El cumplimiento global de la red hospitalaria de la ESE Departamental Moreno y Clavijo para el cumplimiento de metas de la Nueva EPS, fue el siguiente:

-  Régimen Capitado: 83% de cumplimiento
-  Régimen Evento: 55% de cumplimiento

PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE EMBARAZO EN LA VIGENCIA DEL AÑO 2019 DE LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO

La ESE Moreno y Clavijo a través de su Red Prestadora de Servicios de Salud, ofrece los servicios asistenciales en las consultas de control prenatal, con las actualizaciones de la guía de control prenatal adoptada a través del Ministerio de la Protección Social, llevando a cabo estrategias y planes de mejoramiento continuo para cumplir con este indicador, contribuyendo en la disminución de la morbilidad materna y perinatal presentada en el departamento.

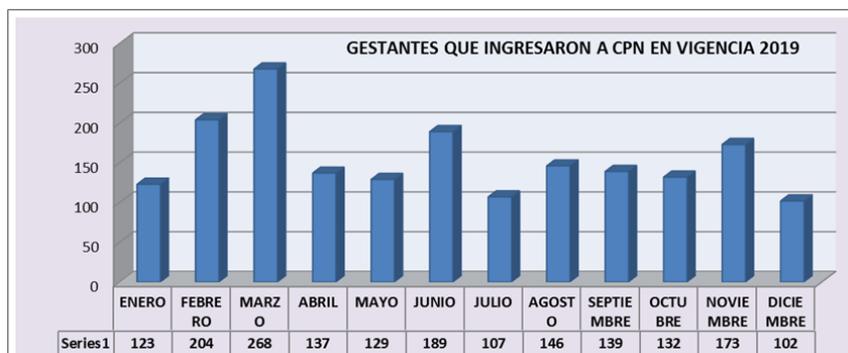
➤ **INGRESO DE GESTANTES POR PRIMERA VEZ A LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL EN LA RED DEPARTAMENTAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DURANTE EL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2019:**

El comportamiento de los ingresos de las gestantes al programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo en la Red de la ESE Moreno y Clavijo fue el siguiente:

GESTANTES QUE INGRESARON AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LOS MUNICIPIOS DE AREA DE INFLUENCIA DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO VIGENCIA AÑO 2019												
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
123	204	268	137	129	189	107	146	139	132	173	102	1849

Fuente: Indicadores de gestantes reportado en Formato PYP-FO-106.

Durante la vigencia en la ESE ingresaron mil ochocientos cuarenta y nueve (1849) gestantes al programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo en algún trimestre de su gestación, gráficamente se puede observar:



Gráficamente se puede observar que:

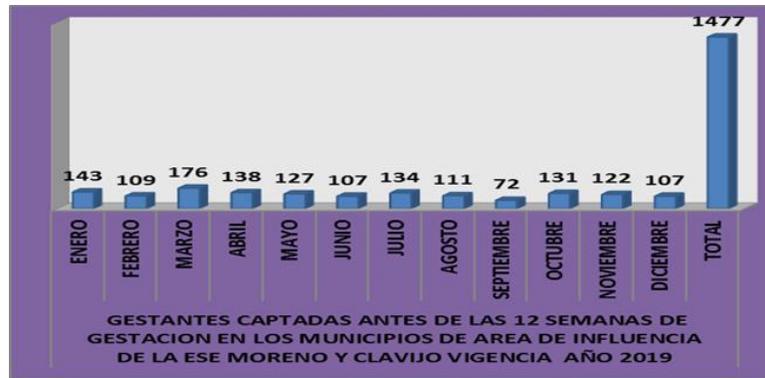
- En los meses de enero y mayo hubo un comportamiento muy similar de ingresos con porcentajes de 6.65% y 6.98% respectivamente.
- Los meses de Abril, agosto, septiembre y octubre de igual forma obtuvieron ingresos similares al programa de control prenatal, oscilando desde un 7.14% a un 7,90%.
- El mes más elevado de ingreso de gestantes fue en marzo con un 14.49%.

De acuerdo a este comportamiento general de las gestantes al programa de detección temprana, se ingresaron las siguientes gestantes con hasta 12 semanas de gestación; es decir durante su primer trimestre del embarazo, disminuyendo de esta manera el riesgo de morbilidad materna perinatal, teniendo en cuenta que se puede realizar diagnóstico y tratamiento con mayor efectividad durante esta etapa del embarazo.

PORCENTAJE DE GESTANTES CAPTADAS AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION:

GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION EN LOS MUNICIPIOS DE AREA DE INFLUENCIA DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO VIGENCIA AÑO 2019												
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JUJO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
143	109	176	138	127	107	134	111	72	131	122	107	1477

El total de ingresos antes de las 12 semanas de gestación durante la vigencia fue de mil cuatrocientos setenta y siete gestantes (1477), es decir un porcentaje de cumplimiento del 80%. Se puede observar gráficamente que:



Dentro de las dificultades presentadas para llevar a cabo el cumplimiento de este indicador se encuentra:

- **EMBARAZO EN ADOLESCENTES A TEMPRANA EDAD:** Esta población se observa de difícil acceso oportuno al programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, en la mayoría de los casos este grupo poblacional oculta su embarazo hasta donde le sea posible por su señalamiento con la sociedad, por temor a sus padres, por evitar el bulín en el colegio, etc.
- **CONTRATACION POR PARTE DE LAS EAPB:** La Red ESE Moreno y Clavijo NO cuenta con el 100% de la contratación del proceso misional de consulta externa (medio por el cual se realiza la captación de los embarazos), un alto porcentaje de los embarazos es diagnosticado por parte de las IPS Privadas de los municipios; a pesar de las diferentes estrategias y trabajo mancomunado con estas IPS para que se realice el reporte oportuno de la población que se diagnostique en estado de embarazo, esto no se cumple a cabalidad, afectando este indicador para que toda mujer en estado de gestación sea intervenida a través de los controles prenatales antes de las 12 semanas de gestación y de este modo evitar las causas de morbilidad perinatal.
- **CONTRATACION DE LA DEMANDA INDUCIDA:** Pese a que no todas las EAPB contratan la demanda inducida en nuestra Red Prestadora de Servicios, perjudicando en gran proporción al indicador para la captación oportuna de las gestantes a los controles prenatales antes de las 12 semanas de gestación; sin embargo como valor agregado, contamos con talento humano idóneo para esta actividad (Auxiliares de Enfermería capacitadas en demanda inducida efectiva) la cual es realizada en el área urbana y rural de cada uno de los municipios que conforman la Red ESE Moreno y Clavijo, de esta forma realizamos control permanente al indicador de gestantes.

- **POBLACION MIGRANTE DE VENEZUELA:** ha sido notorio el incremento de gestantes que han ingresado a la red de la ESE Departamental Moreno y Clavijo migrantes de Venezuela, las cuales han ingresado al programa prenatal de forma muy tardía, afecta este indicador a nivel institucional.

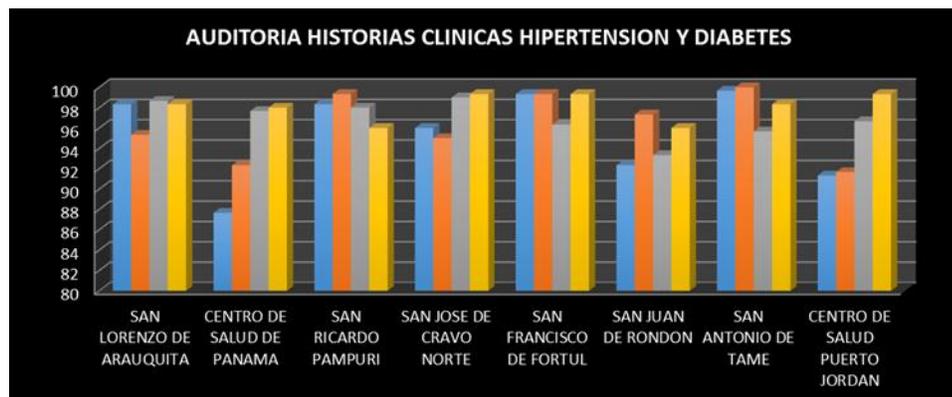
AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS VIGENCIA 2019

El porcentaje global de cumplimiento para la Red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo en las auditorías realizadas a las historias clínicas de PyP fue:

PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO:

ATENCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSOS Y DIABETES				
MUNICIPIO	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	98	95	99	98
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	88	92	98	98
SAN RICARDO PAMPURI	98	99	98	96
SAN JOSE DE CRAVO NORTE	96	95	99	99
SAN FRANCISCO DE FORTUL	99	99	96	99
SAN JUAN DE RONDON	92	97	93	96
SAN ANTONIO DE TAME	100	100	96	98
CENTRO DE SALUD PUERTO JORDAN	91	92	97	99

De acuerdo a la evaluación de la herramienta diseñada para la auditoria de historias clínicas, se puede observar su comportamiento por trimestre de acuerdo a la vigencia 2019, a saber:



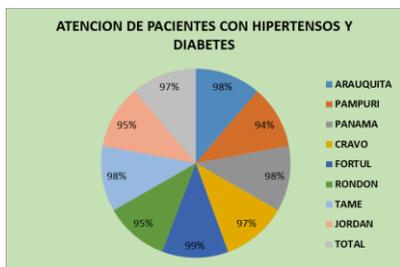
- Se observa un mejoramiento continuo en la evaluación de las auditorias de historias clínicas, la cual evalúa los parámetros establecidos en la guía de manejo de atención hipertensiva.
- Durante la vigencia 2019 el comportamiento de cumplimiento por trimestre fue para el cuarto trimestre del 98% siendo el porcentaje más alto, para el tercer trimestre del 97% de cumplimiento, para el segundo trimestre fue del 96% y para el primer trimestre del 95% de cumplimiento quedando calificada la ESE con la herramienta diseñada como EXCELENTE para la vigencia 2019.

RESULTADO PORCENTUAL DE LA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS:

PORCENTAJE DEL RESULTADO DE LAS AUDITORIAS DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PROGRAMAS DE PYP VIGENCIA 2019									
PROGRAMAS	ARAQUITA	PAMPURI	PANAMA	CRAVO	FORTUL	RONDON	TAME	JORDAN	TOTAL
ATENCION DE PACIENTES CON HIPERTENSOS Y DIABETES	98%	94%	98%	97%	99%	95%	98%	95%	97%

Fuente: Formato Evaluacion de Historia Clínica de Promoción y Prevención PYP-FO-059 versión 01 de hospitales y Centros de Salud

Gráficamente observamos que:



➤ El hospital San Francisco de Fortul cumplió con el 99% de las auditorias de historias clínicas de acuerdo a los parámetros establecidos durante la vigencia 2019, siendo el mejor hospital evaluado.

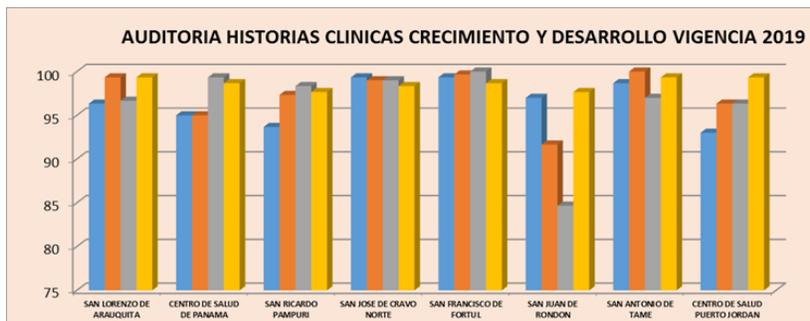
➤ El Hospital San Ricardo Pampuri obtuvo una calificación del 94%, durante la vigencia 2019, con calificación Buena.

La adherencia a la guía de atención en los pacientes de hipertensión y diabetes ha sido con calificación EXCELENTE en la Red de la ESE Moreno y Clavijo, EXCEPTO el Hospital San Ricardo Pampuri que obtuvo calificación BUENA de acuerdo a los porcentajes emitidos por la herramienta aplicada para este fin, teniendo un porcentaje total del 97% para la vigencia del año 2019, de igual forma dentro del comité de historias clínicas se dejaron estipulados los planes de mejoramiento para alcanzar de acuerdo a los criterios de calificación un porcentaje Excelente en la calidad del dato.

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

DETECCION DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO				
MUNICIPIO	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	96	99	97	99
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	95	95	99	99
SAN RICARDO PAMPURI	94	97	98	98
SAN JOSE DE CRAVO NORTE	99	99	99	98
SAN FRANCISCO DE FORTUL	99	100	100	99
SAN JUAN DE RONDON	97	92	85	98
SAN ANTONIO DE TAME	99	100	97	99
CENTRO DE SALUD PUERTO JORDAN	93	96	96	99

Gráficamente se puede observar:

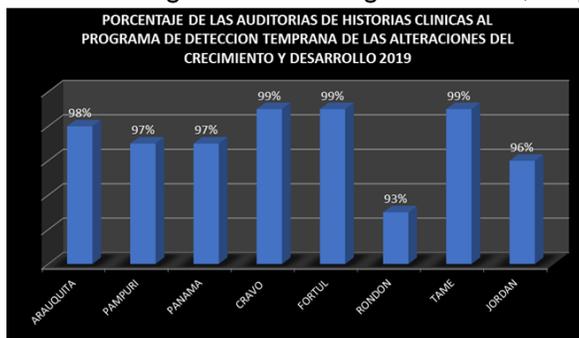


- El mejor hospital dentro de las auditorias de historias clínicas durante el primer trimestre fueron los hospitales de Tame, Fortul y Cravo Norte, con un cumplimiento del 99%, el porcentaje de cumplimiento más bajo se presentó en el centro de salud de Puerto Jordan con cumplimiento del 93%.
- En el segundo trimestre el porcentaje de cumplimiento más alto fue para los hospitales de Fortul y Tame con cumplimiento al 100% y el de menor rendimiento fue del 95% para el Centro de salud de Panamá.
- En el tercer trimestre el mayor cumplimiento lo realizó el hospital de Fortul con el 100% y el porcentaje más bajo lo presentó el hospital de Puerto Rondón con un cumplimiento del 85%.
- En el cuarto trimestre los hospitales de mejor cumplimiento fueron Arauquita, Fortul, Tame, Centros de salud de Panamá y Puerto Jordan con cumplimiento del 99%.

RESULTADO PORCENTUAL DE LA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS:

PORCENTAJE DEL RESULTADO DE LAS AUDITORIAS DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PROGRAMAS DE PYP VIGENCIA 2019									
PROGRAMAS	ARAUQUITA	PAMPURI	PANAMA	CRAVO	FORTUL	RONDON	TAME	JORDAN	TOTAL
DETECCION DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	98%	97%	97%	99%	99%	93%	99%	96%	97%

De acuerdo a la evaluación general de la vigencia 2019, se puede decir que:



Se observa que la guía de atención para la Detección Temprana de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo aplicadas a los niños desde su nacimiento hasta los diez años de edad tiene adherencia en toda la Red de la ESE Moreno y Clavijo con un porcentaje de evaluación total del 97%.

9.2 SALUD PUBLICA

EN LA VIGENCIA 2019 LA ESE MORENO Y CLAVIJO NOTIFICO **20.839** EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA PARA LOS CUALES SE LES DIO MANEJO APLICANDO LOS PROCOLOS ESTABLECIDOS; 10 PRIMEROS EVENTOS:

EVENTO	ARAUQUITA	FORTUL	TAME	PUERTO RONDON	CRAVO NORTE	ESE MORENO Y CLAVIJO
MORBILIDAD POR EDA	1.186	1.071	2.597	34	55	4.943
MORBILIDAD POR IRA	4.831	1.787	6.137	133	97	12.958
DENGUE	506	162	225	20	2	915
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	95	45	167	17	5	329
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GENERO	167	36	114	2	4	323
VARICELA INDIVIDUAL	28	39	84	43	2	196
VARICELA COLECTIVO	0	37	84	65	0	184
DESNUTRICION AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	27	37	84	1	23	172
CONJUNTIVITIS	40	29	29	0	0	98
ACCIDENTE OFIDICO	29	6	33	7	6	81
INTENTO DE SUICIDIO	15	16	41	3	0	75



10. GESTION JURIDICA

Se realizaron 3750 contratos, de los cuales 3.636 fueron OPS para la gestión de apoyo de la entidad por un valor de \$12.679.437.559 y 114 contratos por un valor de \$ 6.758.046.207.

Por otro lado el total de procesos judiciales de la entidad son 112 como lo muestra en la siguiente tabla.

NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	REPARACION DIRECTA	EJECUTIVO	EJECUTIVO LABORAL	CONTRACTUAL	ORDINARIO LABORAL	TOTAL PROCESOS
62	37	12	2	3	6	122

11. CONTROL INTERNO VIGENCIA 2019

El sistema de control interno tiene como compromiso fundamental lograr la eficiencia y la eficacia y transparencia en el ejercicio de las actividades para cualificar a los servidores públicos en el desarrollo de las competencias para lograr los fines misionales de la Moreno y Clavijo en el 2019.

La séptima dimensión de MIPG -Control Interno, que se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018). Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG y se desarrolla en detalle en El Manual Operativo en la implementación del MIPG.

ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

Se utiliza la información generada por el proceso de gestión integral de gestión de Control, y los demás procesos y subprocesos de la sede de la Moreno y Clavijo que incluyen la sede Central y la red hospitalaria, adscrita como son los cinco municipios cubiertos hospital San Antonio de Tame, San Francisco de Fortul, San Lorenzo de Arauquita, San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, San José de Cravo Norte, San Juan de Dios de Puerto Rondón,, el Centro de salud Juan de Jesús Coronel de Puerto Jordán, y el centro de salud de Panamá de Arauca y la sede central.

La gerencia lidera el proceso adelantado en su esquema administrativo coordinado por la subgerencia Financiera y administrativa, con una cultura de autocontrol de parte de todos los funcionarios, bajo la responsabilidad de la subgerencia de salud, los directores de los seis hospitales y los dos centros de salud y 21 puestos de salud el cual consta de políticas, procesos y procedimientos diseñados y operados para proveer seguridad razonable para la consecución de los objetivos misionales. Así mismo poder asegurar la confiabilidad de la información, financiera, garantizar la salvaguarda de los activos, el mejoramiento de la productividad de cada uno de los procesos, el fortalecimiento de la cultura de autocontrol, la introducción de mejoras permanentes a la operación y el uso óptimo de los recursos.

Los asesores de control interno deberán presentar los siguientes informes.

- a. Ejecutivo anual de control interno sobre el avance del sistema de control interno de cada vigencia de que trata el artículo 2.2.21.2.5 letra e) del presente decreto.
- b. Los informes a que hace referencia los artículos 9 y 76 de la ley 1474 de 2011. El jefe de control interno deberá publicar cuatrimestralmente los actos de corrupción e irregularidades que haya podido encontrar a los organismos de control. Estatuto anticorrupción tener oficina de quejas y reclamos y en el portal un link para quejas y reclamos.

- c. Sobre actos de corrupción directiva Presidencial 01 de 2015. Funciones de advertencia, establecer las medidas correctivas y preventivas para evitar desviaciones, auditar los recursos con enfoque en el riesgo.
- d. Del control interno contable, de que trata el artículo 2.2.21.2.2 literal a) del presente decreto. Acorde a la resolución 326 de diciembre 17 de 2017 calificación de 4,78 puntos, calificación satisfactoria.
- e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la ley 909 de 2004, la evaluación de gestión de la dependencia servirá y debe ser tomada en cuenta como criterio parte evaluativa del desempeño de los empleados.
- f. De derechos de autor software, directiva presidencial 002 de 2002.
- g. De información litigiosa ekogui, de que trata el artículo 2.2.3.4.1.14 del decreto 1068. de 2015.semestral.
- h. De austeridad en el gasto, de que trata el artículo 2.8.4.8.2 del decreto 106 de 2015. Trimestral.
- i. De mejoramiento al plan de las contralorías cuando hay hallazgo fiscal, o de la procuraduría para los demás hallazgos.
- j. De cumplimiento del plan de mejoramiento archivístico de que trata el decreto 106 de 2015

SEGUIMIENTOS A INFORMES PRESENTADOS A LOS ENTES DE CONTROL VIGENCIA 2019

Se realiza seguimiento y control a los informes a presentar a los diferentes entes de control, se realiza la notificación mediante correo electrónico de los informes a vencer a los procesos y subprocesos responsables, así mismo se manejan archivos en medio electrónico y físico los cuales contemplan el envío a satisfacción de los informes requeridos por los diferentes entes de control como Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría Departamental, Contraloría General de la Republica, Contaduría General de la Nación, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Administrativo de la Función pública, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, Alcaldía Municipal de Tame y Arauca, teniendo en cuenta la periodicidad y los términos establecidos dentro de la normatividad vigente.

PRESENTACION DE INFORMES DE RESPONSABILIDAD DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO.

En la vigencia 2019 se presentaron los siguientes informes:

1. Cuatro (4) Informes pormenorizados del estado del sistema de control interno según los lineamientos establecidos en el artículo 9 de la ley 1474 de 2011.

2. Cuatro (4) Informes Austeridad del Gasto Publico, según los lineamientos establecidos en la normatividad vigente.
3. Informe sobre seguimiento al mapa de riesgos administrativo, de corrupción y plan anticorrupción y atención al ciudadano siguiendo los lineamientos contemplados en los art. 73 y 76 de la ley 1474 de 2011.
4. Informe sobre la satisfacción del usuario para el primer semestre de la vigencia 2019, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la ley 1774 de 2011 art. 76 parágrafo 2.
5. Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno Contable de la Vigencia 2018, presentado a la Contaduría General de la Nación. Arrojando un resultado de **3.86** nivel adecuado

PRESENTACION Y PUBLICACIÓN DE INFORMES O REQUERIMIENTOS REALIZADOS A LOS ENTES DE CONTROL

Durante la vigencia 2019 se cumplió con la presentación de los informes o requerimientos solicitados por los entes de control, adicionalmente se publicaron en la página web de la entidad los planes institucionales que se tiene en la empresa, para la formulación de los planes institucionales de acción la ESE debe tener en cuenta lo previsto en la ley 152 de 1994 en el artículo 74 de la ley 1474 de 2011 de que trata el decreto 612 de 2018.

- ❖ **El Plan Institucional de Archivo PINAR**, que tiene como entidad líder AGN que es de política Documental, de manera que se cumpla con lo establecido en la ley 594 del 2000 la ley general de archivos que obliga a las entidades públicas a contar con un programa de Gestión Documental (PGD), y un plan Institucional de archivos (PINAR). Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **Plan Anual de Adquisiciones**: que tiene como entidad líder CCE, Colombia Compra Eficiente. Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **El Plan Anual De Vacantes**: Que tiene como entidad líder a la función pública y como política el talento humano. Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **El Plan De Previsión De Recursos Humanos**. Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **El Plan Anual Estratégico Gestión Del De Talento Humano**. Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **Plan De Bienestar Social, Capacitaciones e incentivos** Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**. Que tiene como entidad líder el Ministerio de Trabajo. Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **El plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano de la E.S.E**, como proceso de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano, participación ciudadana en la gestión

pública y en la racionalización de trámites. Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.

- ❖ **Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicación Petl.** Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.** Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **Plan de Seguridad y Privacidad de La Información.** Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.
- ❖ **Plan Anual de Auditorias,** Plazo máximo para publicación en la página web 31 enero de 2019.

OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES A ENTES DE CONTROL

En el siguiente grafico se detalla el cumplimiento obtenido de forma mensual respecto a la oportunidad en la presentación de los informes y demás requerimientos establecidos por los entes de control así:



Se evidencia un cumplimiento satisfactorio con relación a la presentación de estos informes dentro de los tiempos y términos establecidos por los diferentes entes de control, donde el número de informes a presentar en la vigencia 2019 fue de 263, informes que se presentaron acorde con su periodicidad como son: mensuales, bimensuales, trimestrales, semestrales y anuales respectivamente, donde la entidad presento a satisfacción **96,14%** de los informes según las directrices y políticas establecidas por la entidad.

AUDITORIAS DE SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS MISIONALES, DE APOYO Y DIRECCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD.

La Ley 87 de 1993, define al Control Interno, como el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas Constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.

El nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) articula el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno. El objetivo principal de esta actualización es consolidar, en un solo lugar, todos los elementos que se requieren para que una organización pública funcione de manera eficiente y transparente.

El proceso de auditoría interna permitió evaluar los controles establecidos en los procesos para verificar la aplicación de todo lo anterior, junto a los principios de la función administrativa de eficiencia, eficacia, economía y celeridad. Así mismo, es responsabilidad de esta área contribuir, mediante acciones de prevención, a evitar que las acciones y decisiones administrativas vayan en contrario a las disposiciones correspondientes o que no persigan el interés general y el mejor servicio y calidad de vida de los administrados.

Las Auditorías se llevaron a cabo de acuerdo a las normas de auditoría generalmente aceptadas y según el artículo 2.2.21.5.3 del decreto 1083 de 2015 que enmarca el rol de Control Interno y requirió del procedimiento documentado en el Sistema de Gestión Integrado que involucra planeación, ejecución e informe de la Auditoría.

Las auditorías incluyen el análisis de las evidencias frente a los criterios establecidos, que brindan un nivel de confianza de los controles a los riesgos y a la evaluación y seguimiento de los procesos que operan en la ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo, determinando las Debilidades que repercuten en la prestación de servicios y cumplimiento de la normatividad vigente.

AUDITORIA AL AREA FINANCIERA

Componente Autoevaluación Institucional

Este componente le permite a cada responsable del proceso, programas y/o proyectos y sus funcionarios medir la efectividad de sus controles y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad.

Evaluación cuantitativa

Este formulario tiene el objetivo de evaluar, en forma cuantitativa, el control interno financiero, valorando la existencia y el grado de efectividad de los controles asociados con el cumplimiento del marco normativo de referencia, las actividades de las etapas del proceso presupuestal, la rendición de cuentas y la gestión del riesgo presupuestal. Esta valoración se realiza mediante la formulación de preguntas relacionadas con criterios de control que deben ser calificadas conforme a la información y la evidencia documental obtenida.

EXISTENCIA (Ex)		EFECTIVIDAD (Ef)	
Respuesta	Valor	Respuesta	Valor
Se aplica	2	Efectivo	2
Se aplica parcialmente	1	Con deficiencias	1
No se aplica	0	Inefectivo	0

Los rangos utilizados por la Oficina de Control Interno en la evaluación del control interno financiero y cada uno de los criterios de control pertenecientes al Proceso Gestión Financiera fue el siguiente:

RANGO DE CALIFICACIÓN DE CONTROLES POR PROCESO	
Rango	Concepto
80 o más puntos	ADECUADO
Menos de 80 puntos	INADECUADO
RANGO DE CALIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO FINANCIERO	
Rango	Concepto
80 o más puntos	FAVORABLE
Menos de 80 puntos	DESFAVORABLE

Los fundamentos de este pronunciamiento se dan a conocer a continuación:

CONTROL INTERNO FINANCIERO

Como consecuencia de la evaluación de cada uno de la aplicación y efectividad de los criterios de control, la Oficina de Control Interno, conceptúa que el Control Interno Financiero del Proceso Gestión Financiera es **FAVORABLE**, toda vez, que se obtuvo una calificación de **85.4** puntos sobre 100, resultante de ponderar los subprocesos que se relacionan a continuación:

CONTROL INTERNO FINANCIERO Y PRESUPUESTAL			
Factores Mínimos (Subprocesos)	Calificación Parcial	Ponderación	Calificación Total
1. Gestión Contable	87.0	0.40	34.8
2. Gestión Presupuestal	83.0	0.20	16.6
3. Gestión Facturación Cartera y Glosas	84.9	0.40	34.0
Calificación Total		1.00	85.4
Concepto	Favorable		

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

La Oficina de Control Interno, como resultado de la auditoría desarrollada, precisa que el control interno del Subproceso Gestión Presupuesto es **ADECUADO**, como resultado de la evaluación de los controles y su efectividad en la gestión presupuestal y financiera, lo que arrojó una calificación de **83.0** puntos.

CONTROL INTERNO GESTIÓN PRESUPUESTAL			
Variables a Evaluar	Calificación Parcial	Ponderación	Calificación Total
1. Evaluación de controles	83.9	0.50	42.0
2. Efectividad de los controles	82.1	0.50	41.1
Calificación Total		1.00	83.0
Concepto	Adecuado		

AUDITORIA GESTIÓN CONTABLE (Contabilidad, Almacén y Tesorería)

La Oficina de Control Interno, como resultado de la auditoría desarrollada, precisa que el control interno de los Subprocesos Gestión Contabilidad, que es conformado por Contabilidad, Almacén y Tesorería es **ADECUADO**, como resultado de la evaluación de los controles y su efectividad en la gestión contable y financiera, lo que arrojó una calificación de **86.9** puntos.

CONTROL INTERNO FINANCIERO			
Variables a Evaluar	Calificación Parcial	Ponderación	Calificación Total
1. Evaluación de controles	87.9	0.50	43.9
2. Efectividad de los controles	86.0	0.50	43.0
Calificación Total		1.00	86.9
Concepto	Adecuado		

AUDITORIA GESTIÓN FACTURACIÓN CARTERA Y GLOSAS

La Oficina de Control Interno, como resultado de la auditoría desarrollada, precisa que el control interno de los Subprocesos Gestión Facturación y Cartera es **ADECUADO**, como resultado de la evaluación de los controles y su efectividad en la gestión contable y financiera, lo que arrojó una calificación de **84.9** puntos.

CONTROL INTERNO FINANCIERO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Calificación Total
1. Evaluación de controles	86.5	0.50	43.3
2. Efectividad de los controles	83.3	0.50	41.6
Calificación Total		1.00	84.9
Concepto	Adecuado		

AUDITORIA JURIDICA

Procesos que actualmente cursan en contra de la entidad de acuerdo a la naturaleza de la acción:

- Reparación Directa 35 procesos
- Acción de nulidad y restablecimiento del derecho 61 procesos
- Ejecutivos 16 procesos
- Ordinario laboral 6 procesos
- Ejecutivo laboral 2 procesos
- Controversias contractuales 2 procesos

Total, procesos 122

En medio de control más invocado por los demandantes es el de la nulidad y el restablecimiento del derecho, una vez que no se le renueva el contrato inmediatamente proceden a demandar con el fin de reclamar las prestaciones sociales, argumentando la existencia del contrato realidad.

En los procesos de reparación directa, es una de las principales causas, la falla en el servicio Médico, por atención inoportuna, inadecuada, error en el diagnóstico y tratamiento y en su defecto que los pacientes no son remitidos, aun hospital de mayor complejidad, a nivel de atención médica, acudiendo en ese evento a la “pérdida de chance y oportunidad “como modalidad de daño o reparación”.

Proyección de pagos posible	\$3.930.7.67.463
Proyección de pago probable	\$2.584.973.926
Condena Efectiva	\$1.780.776.838.

Se calificó como adecuado con 59%.

❖ **ACTIVIDADES DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN.**

Este componente tiene como objetivo asegurar que el control interno funcione adecuadamente se realiza verificación de actividades y se evalúa las acciones con los líderes de procesos y las revisiones de Unidad de salud, La súper Salud y la contraloría y la procuraduría.

La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será tomar las decisiones relacionadas con las corrosiones o el mejoramiento del desempeño.

En el desarrollo del plan de auditorías de la vigencia 2019, se realizó se verificó con lo receptado en plan anual de auditorías para los centros hospitalarios y demás, se cumplió con las auditorías a los hospitales.

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS DE LA ENTIDAD.

En el desarrollo de los planes de mejoramiento realizo seguimiento a los procesos de facturación de la sede central, solicitados durante la vigencia 2018.

Según las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 943 de 2014, se realizó auditoría de seguimiento a los diferentes Planes de Mejoramiento en mención el cual fue producto de las falencias encontradas en la evaluación realizada en la vigencia 2018 al Sistema Integrado de Gestión en desarrollo y adherencia de acuerdo a la normatividad.

Dicha auditoria se realizó con el objeto de verificar el cumplimiento de las acciones correctivas establecidas para subsanar y/o cerrar los hallazgos contemplados en dicha herramienta.

Para la realización de esta auditoría se tomó como referencia los Planes de mejoramiento del proceso de facturación el cual relaciona los hallazgos identificados y las fechas establecidas para dar cumplimiento a las acciones programadas.

La metodología utilizada por el proceso de Gestión Integral de Control, para la realización de esta auditoria fue la siguiente:

- ❖ Se revisaron los soportes suministrados por los líderes de cada proceso de la sede central.
- ❖ Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento del proceso de facturación se evidencio un cumplimiento total del **63%** con relación a los seis (06) hallazgos relacionados en el mismo, de igual forma se detalla a continuación los hallazgos cumplidos de forma total o sin avances, así:

Cumplimiento al 100% en dos (2) de seis (06) hallazgos quedando cerrados

SEGUNDO SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE FARMACIA

- ❖ Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento al proceso de facturación se evidenció un cumplimiento total del **88%** con relación a los cinco (05) hallazgos relacionados en el mismo, de igual forma se detalla a continuación los hallazgos cumplidos de forma total o sin avances, así:
- ❖ Cumplimiento al 100% en dos (2) de cinco (05) hallazgos quedando cerrados

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON DE ACUERDO A LO SOLICITADO EN EL SEGUNDO SEGUIMIENTO

- ❖ Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento del Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón se evidenció un cumplimiento total del **81.36%** con relación a los once (11) hallazgos relacionados en el mismo, de igual forma se detalla a continuación los hallazgos cumplidos de forma total o sin avances, así:

Cumplimiento al 100% en cuatro (4) de once (11) hallazgos quedando cerrados

INFORME SEGUNDO SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL DE ACUERDO A LO SOLICITADO EN EL SEGUNDO SEGUIMIENTO

- ❖ Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento del Hospital San Francisco de Fortul se evidenció un cumplimiento total del **100%** con relación a los siete (07) hallazgos relacionados en el mismo.

De acuerdo a la revisión realizada se hace necesario:

1. Continuar fortaleciendo los procesos a través del desarrollo de auditorías internas donde se evalué el cumplimiento de los requisitos de norma.

Cumplimiento al 100% en siete (7) de siete (7) hallazgos quedando cerrados

- ❖ El Hospital San Francisco de Fortul da por cerrados todos los hallazgos establecidos en este Plan de Mejoramiento.

SEGUNDO SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN DE ACUERDO A LO SOLICITADO EN EL SEGUNDO SEGUIMIENTO

- ❖ Se revisaron los soportes suministrados por el personal de los diferentes procesos del Centro de Salud, como constancia de las acciones realizadas.

De acuerdo a la revisión realizada se hace necesario:

1. Fortalecer los procesos a través del desarrollo de auditorías internas donde se evalué el cumplimiento de los requisitos de norma.
- ❖ Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento del Centro de Salud de Puerto Jordán se evidencio un cumplimiento total del **100%** en seis (6) de seis (6) hallazgos quedando cerrados.

SEGUNDO SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ACUERDO A LO SOLICITADO EN EL SEGUNDO SEGUIMIENTO

- ❖ Se revisaron los soportes suministrados por el personal de los diferentes procesos del Centro de Salud, como constancia de las acciones realizadas.
- ❖

RESULTADOS DE SEGUIMIENTO

De acuerdo a la revisión realizada se hace necesario:

1. Fortalecer los procesos a través del desarrollo de auditorías internas donde se evalué el cumplimiento de los requisitos de norma.
- ❖ Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento del Centro de Salud de Panamá se evidencio un cumplimiento total del **100%** con relación a los cuatro (04) hallazgos relacionados en el mismo, de igual forma se detalla a continuación los hallazgos cumplidos de forma total o sin avances, así:
Cumplimiento al 100% en cuatro (4) de cuatro (4) hallazgos quedando cerrados.

SEGUNDO SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE DE ACUERDO A LO SOLICITADO EN EL PRIMER SEGUIMIENTO

Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento del Hospital San José de Cravo Norte se evidencio un cumplimiento total del **70%** con relación a los diecinueve (19) hallazgos relacionados en el mismo.

De acuerdo a la revisión realizada se hace necesario:

1. Fortalecer los procesos a través del desarrollo de las auditorías internas, donde se evalué el cumplimiento de los requisitos de norma.
2. Se hace necesario dar continuidad a la realización de socializaciones y evaluación para verificar las adherencias a las mismas de acuerdo a los requerimientos, cronograma aprobado por la dirección del hospital y planes de mejora.

SEGUNDO SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI DE ACUERDO A LO SOLICITADO EN EL PRIMER SEGUIMIENTO

Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento del Hospital San Ricardo Pampuri se evidencio un cumplimiento total del **67%** con relación a los quince (15) hallazgos relacionados en el mismo.

Cumplimiento al 100% en nueve (9) de quince (15) hallazgos quedando cerrados

De acuerdo a la revisión realizada se hace necesario:

1. Fortalecer los procesos a través del desarrollo de las auditorías internas, donde se evalué el cumplimiento de los requisitos de norma.
2. Se hace necesario dar continuidad a la realización de socializaciones y evaluación para verificar las adherencias a las atenciones de crecimiento y desarrollo en la escala del desarrollo, atención al posparto, examen de mamas en las gestantes todo esto debe estar registrado en a la historia clínica.

Estas auditorías se realizaron con el objeto de evidenciar el cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento de las diferentes procesos y subprocesos teniendo en cuenta que se auditaron el total de los hallazgos contemplados en los mismos; con el fin de aportar dentro del proceso de Mejoramiento continuo de la entidad, a su vez, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 943 de 2014, módulo de evaluación y seguimiento – componente planes de mejoramiento.

12. SISTEMA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

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

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

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

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

Igualmente cada coordinador SIAU de las diferentes IPS es encargado de dar a conocer a los usuarios sus derechos y deberes a través de la difusión de los mismos por medio de capacitaciones semanales, la emisión por medio de micrófono, la entrega de folletos y la publicación de los mismos en pendones y cartelera informativa. Para llevar a cabo el seguimiento a dicha actividad se implementan herramientas como son los listados de asistencia, la Matriz Reporte Mensual, registro fotográfico enviados por los Hospitales y Centros de Salud.

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

A continuación se relacionan los canales de comunicación establecidos en la entidad:

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

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

El indicador establecido para la medición de la difusión de los derechos y deberes de los usuarios es el “PORCENTAJE DE COBERTURA DE DIFUSIÓN DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS”; el cual nos permite medir el total de usuarios capacitados en Derechos y Deberes. La meta establecida para este indicador es del 10% y el límite de control es del 5%.

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

USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Enero)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Febrero)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Marzo)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Abril)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Mayo)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Junio)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Julio)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Agosto)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Septiembre)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Octubre)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Noviembre)	USUARIOS CAPACITADOS EN DYD (Diciembre)	TOTAL USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES
571	659	720	613	719	720	707	529	676	711	779	668	8072

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

En la gráfica anterior se puede observar que en el mes de enero se le realizó divulgación de derechos y deberes a 571 usuarios; durante el mes de febrero se capacitaron 659 y en el mes de marzo se capacitaron 720, en el mes de abril 613, en el mes de mayo 719 y durante el mes de junio 720; en el mes de julio 707, en agosto 529, en el mes de septiembre 676, en octubre 711, en noviembre 779 y durante el mes de diciembre 668 para un total de **8.072** usuarios capacitados a corte diciembre de 2019. Teniendo en cuenta que durante el primer semestre de 2019 se capacitó un total de 4.002 usuarios y durante el segundo semestre del mismo año se capacitaron 4.070; se puede concluir que durante el segundo semestre del año se presentó un aumento de 68 usuarios capacitados en derechos y deberes respecto al primer semestre. Por otra parte se debe aclarar que las cantidades anteriormente expuestas son solamente los usuarios reportados mediante soportes como listados de asistencia y la Matriz Reporte Mensual.

Con el fin de llevar a cabo una mayor difusión de la información durante el año 2019 se implementó diferentes estrategias como son la difusión de los derechos y deberes y otros temas de interés para los usuarios por medio de las emisoras radiales de cada localidad, las cuales cuentan con gran cobertura en el departamento (Se cuenta con certificado expedido por las emisoras y registros fotográficos los cuales fueron presentados al proceso de garantía de la calidad). Igualmente se realizó traducción de los derechos y deberes de los usuarios al idioma inglés y estos fueron distribuidos en cada uno de los servicios de las diferentes sedes hospitalarias de toda la red. Igualmente a la fecha se cuenta con los derechos y deberes en lengua indígena los cuales serán distribuidos en cada uno de los servicios de toda la red hospitalaria durante el año 2020.

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

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

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

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

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

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

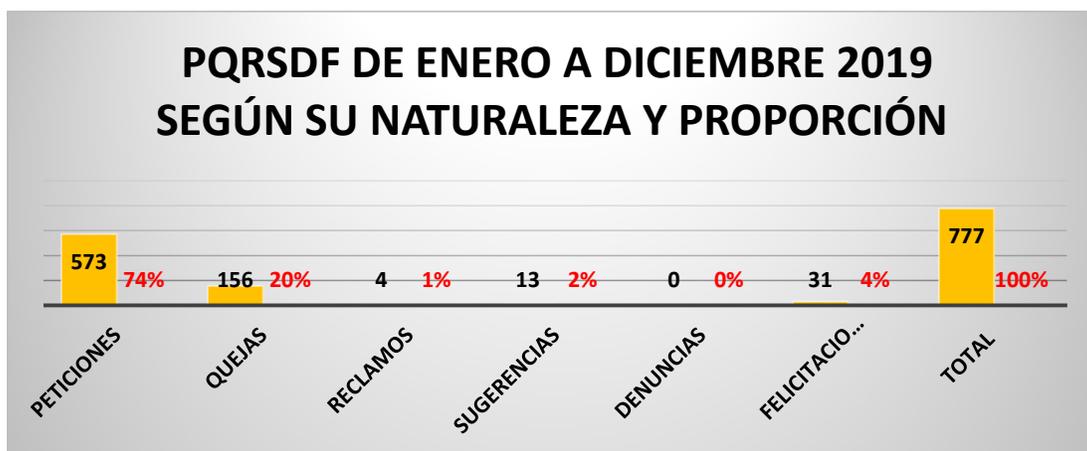
Para el caso de las quejas y peticiones anónimas se aplicó lo establecido en la Ley 962 de 2005, en su artículo 81 así: *“Ninguna denuncia o queja anónima podrá promover acción jurisdiccional, penal, disciplinaria, fiscal, o actuación de la autoridad administrativa competente (excepto cuando se acredite,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

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

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

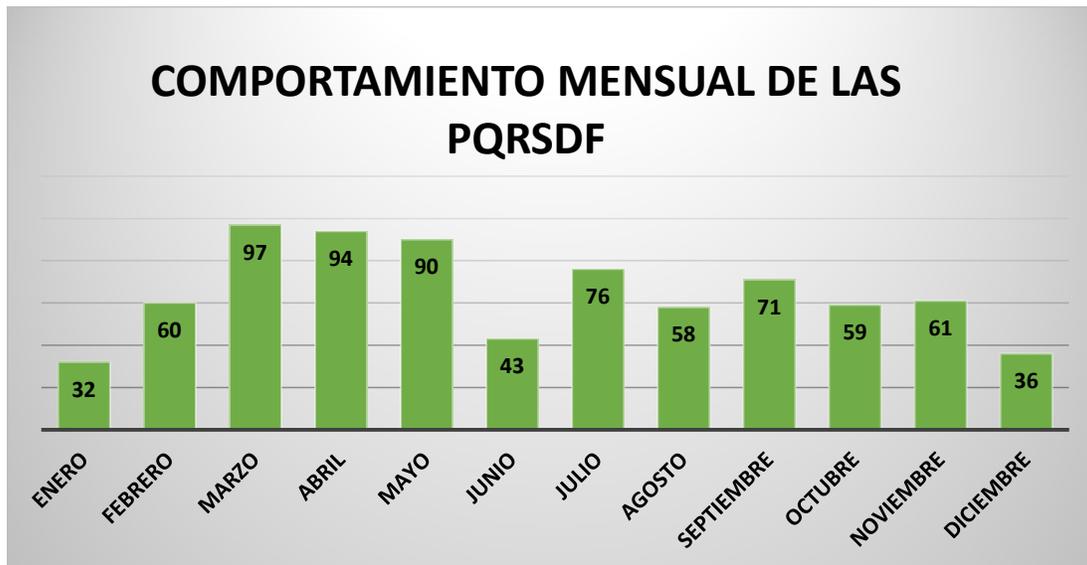
PQRSDf SEGÚN SU NATURALEZA	ENERO	FEBREO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL PQRSDf DE ENERO A DICIEMBRE 2019	PROPORCIÓN
PETICIONES	26	44	65	71	62	28	55	52	56	51	42	21	573	74%
QUEJAS	6	15	24	14	20	13	19	3	13	5	15	9	156	20%
RECLAMOS	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	4	1%
SUGERENCIAS	0	0	2	1	3	0	2	1	0	1	2	1	13	2%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
FELICITACIONES	0	1	5	8	4	2	0	1	2	2	2	4	31	4%
TOTAL	32	60	97	94	90	43	76	58	71	59	61	36	777	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

COMPORTAMIENTO MENSUAL DE LAS PQRSDF:



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

Conforme se evidencia de enero a diciembre de 2019 la Oficina de Atención al Usuario a través de los buzones de sugerencias y otros medios recibió un total de 777 PQRSDF o manifestaciones por parte de los usuarios, de las cuales el 74% corresponde a 573 Peticiones, el 20% pertenece a 156 Quejas, el 1% concierne a 4 Reclamos, el 2% a 13 Sugerencias, el 0% a 0 Denuncias y el 4% a 31 Felicitaciones. Igualmente se puede decir que la manifestación más recurrente durante este periodo fue la Petición seguido de la Queja y en el mes en que más se presentaron manifestaciones fue el mes de marzo. Cotejando los semestres que comprende este informe, se concluye que durante el primer semestre del año fue donde más se presentaron PQRSDF ya que entre Enero y junio de 2019 se presentaron 416, y entre Julio y Diciembre se recibieron en total 361; evidenciándose una disminución de 55 PQRSDF en el último semestre frente al inmediatamente anterior.

Por otra parte, los resultados obtenidos afirman que la manifestación más frecuente en toda la red hospitalaria y la sede administrativa continua siendo la Petición, aclarándose que esta registra toda solicitud y/o consulta requerida por el usuario.

Una vez verificado los soportes de radicación de las PQRSDF, se puede certificar que las manifestaciones presentadas como quejas siguen siendo motivadas por: Calidad técnica profesional (competencias del funcionarios), Derechos de los usuarios, Hotelería (Comodidad para el paciente), Infraestructura y Equipamientos (Televisor, ventilador, sillas- comodidad para los demás usuarios), Portafolio de Servicios, Satisfacción del usuario y Seguridad del Paciente. Igualmente se observa que las quejas radicadas generalmente también es producto de una mala relación entre el personal que hace parte

de la red de salud y el usuario aclarándose que la cantidad de quejas radicadas por este motivo han venido disminuyendo. De igual forma se continúa realizando de manera periódica capacitaciones tanto a todo el personal en general y a los usuarios con el objeto de socializar los derechos y deberes de cada una de las partes y a mantener el respeto mutuo, y para el caso del personal, cada vez que se recibe una queja por este motivo se establecen compromisos de cambio de actitud por medio de actas con la persona implicada. A demás desde el año 2018 se viene aplicando diferentes estrategias como es la realización de capacitaciones en diferentes temáticas que logren sensibilizar a los colaboradores y mejorar el servicio prestado.

CANTIDAD DE PQRSDF RECIBIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE 2019 EN CADA SEDE SEGÚN SU NATURALEZA:

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

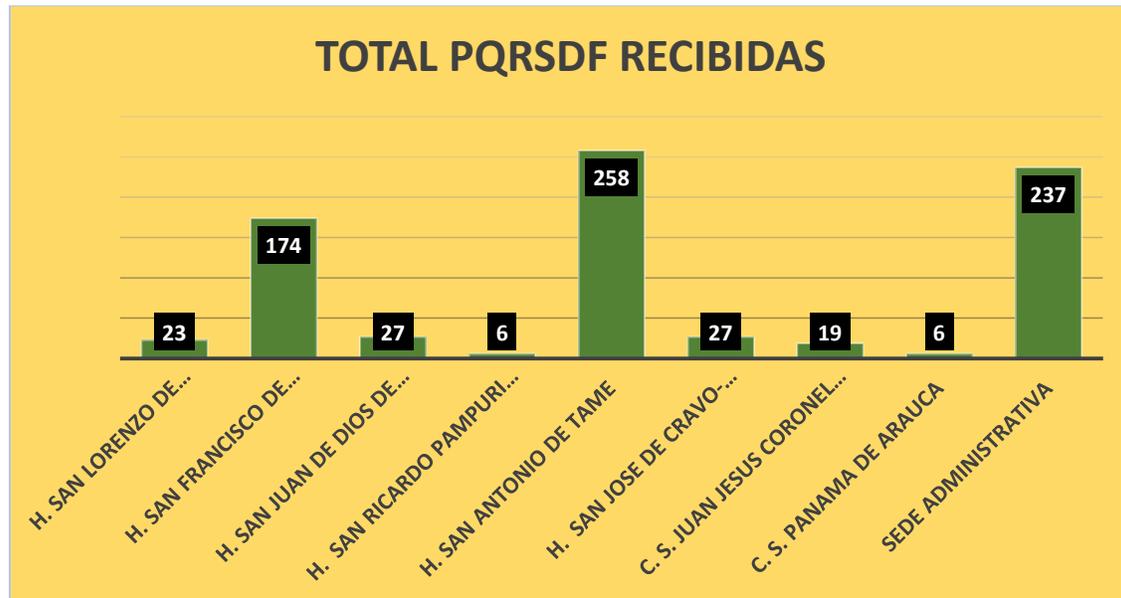
SEDE	TOTAL PQRSDF RECIBIDAS DE ENERO A DICIEMBRE 2019
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	23
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	174
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	27
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	6
H. SAN ANTONIO DE TAME	258
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	27
C. S. JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	19
C. S. PANAMA DE ARAUCA	6
SEDE ADMINISTRATIVA	237
TOTAL PQRSDF RECIBIDAS DE ENERO A DICIEMBRE 2019	777

SEGÚN SU NATURALEZA:

SEDE	P	Q	R	S	D	F	TOTAL
ARAUQUITA	13	9	0	0	0	1	23
FORTUL	159	7	2	2	0	4	174

RONDÓN	1	15	1	1	0	9	27
ESMERALDA(PAMPURI)	0	6	0	0	0	0	6
TAME	139	92	1	10	0	16	258
CRAVO-NORTE	20	6	0	0	0	1	27
PTO JORDAN	4	15	0	0	0	0	19
PANAMA	0	6	0	0	0	0	6
SEDE ADMINISTRATIVA	237	0	0	0	0	0	237

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

Los datos anteriores reflejan que de las 777 PQRSDF o manifestaciones radicadas, 23 se presentaron en el Hospital San Lorenzo de Arauquita, 174 en el Hospital San Francisco de Fortul, 27 en el Hospital San Juan de Dios de Rondón, 6 en el Hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, 258 en el Hospital San Antonio de Tame, 27 en el Hospital San José de Cravo-Norte, 19 en el Centro de Salud Juan Jesús Coronel de Puerto Jordán, 6 en el Centro de Salud Panamá de Arauca y 237 en la Sede Administrativa.

Como se puede observar, en el Hospital San Antonio de Tame es donde más se presentaron PQRSDf durante el periodo objeto de este análisis seguido de la sede Administrativa y el Hospital San Francisco de Fortul. Igualmente se puede decir que según soportes recibidos por parte de los mismos, la manifestación más recurrente en fue la Petición.

ATENCIÓN A PQRSDf RECIBIDAS:

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

SEDE	TOTAL RECIBIDAS	ATENDIDAS EN TÉRMINOS	ATENDIDAS EXTEMPORÁNEAS	PENDIENTES POR RESPONDER	PROMEDIO DE DÍAS HÁBILES EN DAR RESPUESTA
IPS	540	538	2	0	5
SEDE ADMINISTRATIVA	237	128	13	96	5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

En la información expuesta anteriormente se puede observar las PQRSDF recibidas tanto en la sede administrativa como en cada IPS en el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 2019 las cuales tuvieron el siguiente trámite de respuesta: De las 237 recibidas en la sede administrativa 128 tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, 13 fueron atendidas extemporáneamente, 96 quedaron pendiente de trámite a la fecha de corte del informe y el promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas fue de 5 hábiles. Para el caso IPS, de las 540 recibidas, 538 tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, 2 fue atendida extemporáneamente, 0 quedaron pendiente de trámite y el promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas fue de 5 días hábiles. En términos generales de las 777 recibidas durante el periodo analizado 666 tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, 15 fueron atendidas extemporáneamente, 96 quedaron pendiente de trámite a la fecha de corte del informe y el promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas fue de 5 días hábiles. Es importante tener en cuenta que algunas de las manifestaciones no requerían respuesta en razón a que corresponden a comunicados de carácter informativo, felicitaciones o agradecimientos por parte de los usuarios.

COMPORTAMIENTO PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DE VIGENCIA DE 2019.

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

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

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

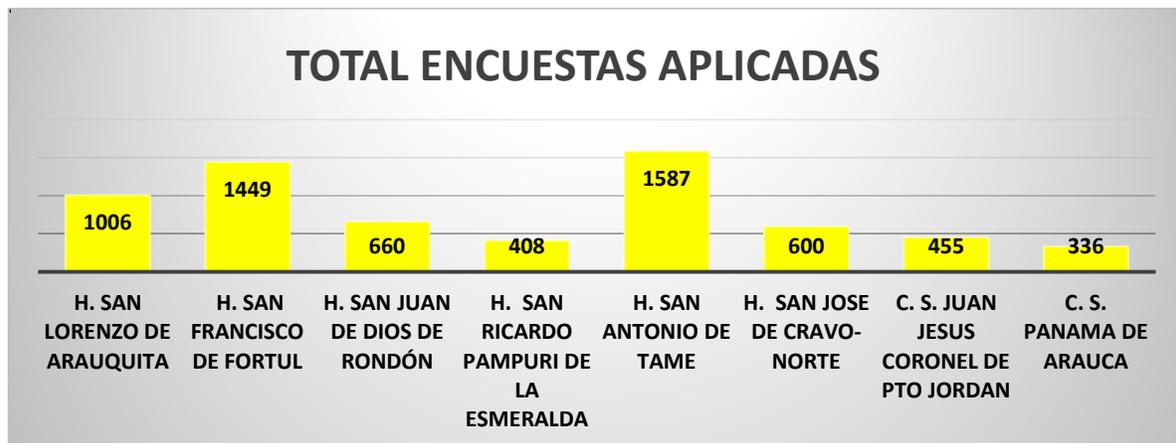
El indicador establecido para la medición y mejoramiento del índice de satisfacción de los usuarios es la "TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO". Se llama tasa de Satisfacción a la relación que se establece entre las diferentes posiciones que asumen las manifestaciones de los usuarios con respecto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

NÚMERO DE ENCUESTAS DE SATISFACION REALIZADAS POR CADA IPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019.

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

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL ENCUESTAS APLICADAS POR IPS
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	1006
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	1449
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	660
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	408
H. SAN ANTONIO DE TAME	1587
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	600
C. S. JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	455
C. S. PANAMA DE ARAUCA	336
TOTAL ENCUESTAS APLICADAS	6501

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

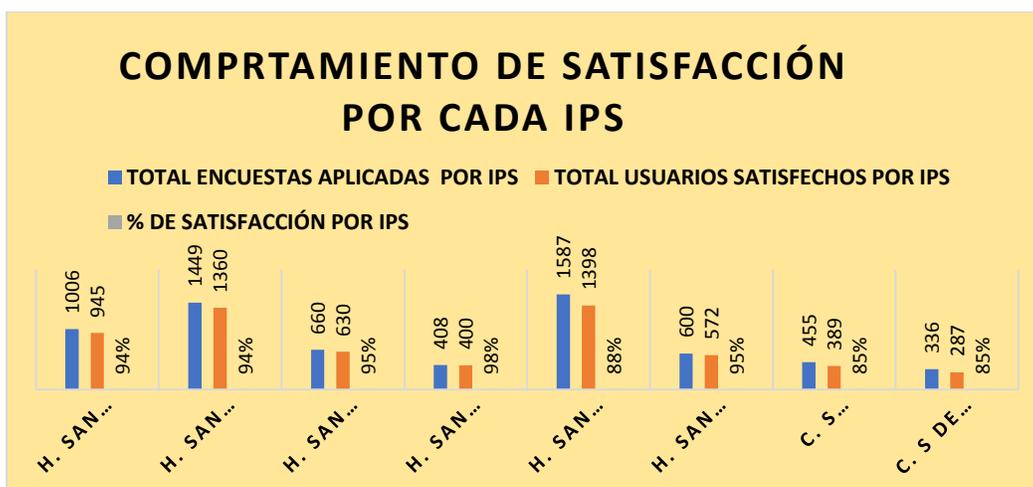
En la gráfica se puede observar que durante el periodo analizado se aplicaron en total de 6.501 encuestas de satisfacción, distribuidas de la siguiente manera: 1.006 en el Hospital

San Lorenzo de Arauquita, 1.449 en el Hospital San Francisco de Fortul, 660 en el Hospital San Juan de Dios de Rondón, 408 en el Hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, 1.587 en el Hospital San Antonio de Tame, 600 en el Hospital San José de Cravo-Norte, 455 en el Centro de Salud Jesús Coronel de Puerto Jordán y 336 en el Centro de Salud Panamá de Arauca.

Seguidamente se grafica el comportamiento de satisfacción global por cada IPS:

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL ENCUESTAS APLICADAS POR IPS	TOTAL USUARIOS SATISFECHOS POR IPS	% DE SATISFACCIÓN POR IPS
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	1006	945	94%
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	1449	1360	94%
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	660	630	95%
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	408	400	98%
H. SAN ANTONIO DE TAME	1587	1398	88%
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	600	572	95%
C. S JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	455	389	85%
C. S DE PANAMA DE ARAUCA	336	287	85%
TOTAL	6.501	5.981	92%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



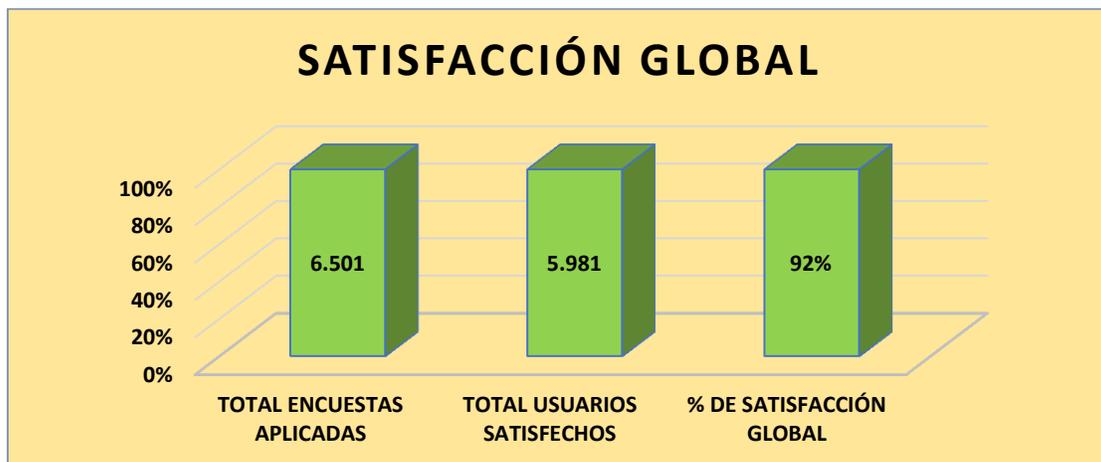
Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

Conforme se evidencia en la gráfica anterior, los usuarios de los Centros de Salud Juan Jesús Coronel y Panamá de Arauca continúan mostrando menor satisfacción con el servicio recibido frente a las demás sedes, ya que obtuvieron apenas el 85% del 100% evaluado. Cabe resaltar que el año 2019 cerro con el mismo resultado obtenido en el primer semestre ya durante ese periodo se evidenció esta misma situación. Igualmente se observa que la gran mayoría de las IPS adscritas a la red hospitalaria de la ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO obtuvieron resultados satisfactorios teniendo en cuenta que el porcentaje de satisfacción obtenido se encuentra por encima del 90%; meta establecida para este indicador excepto el Hospital San Antonio de Tame ya que obtuvo el 88% de satisfacción. Solo tres de las unidades asistenciales obtuvieron un porcentaje por debajo de la meta establecida, pero se aclara este es un resultado estadísticamente positivo.

PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019:

TIEMPO (DE ENERO A DICIEMBRE 2019)	TOTAL ENCUESTAS APLICADAS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" a la pregunta: "¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"	Número de usuarios que respondieron "buena" a la pregunta: "¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"	TOTAL USUARIOS SATISFECHOS	% DE SATISFACCIÓN GLOBAL
TOTAL	6.501	1.656	4.325	5.981	92%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

En la tabla y gráfica anterior observamos que durante el periodo objeto de análisis se aplicaron un total de 6.501 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.656 usuarios contestaron muy buena a la pregunta ¿Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? Y 4.325 usuarios contestaron buena a esta misma pregunta; para un total de 5.981 usuarios satisfecho, equivalente a un 92% de satisfacción. Haciendo un paralelo entre los dos semestres que comprende el periodo analizado; se puede concluir que el porcentaje de satisfacción se mantuvo durante los dos semestres del 2019 ya que tanto en el primer semestre como en el segundo se obtuvo un de porcentaje de satisfacción del 92%.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede establecer que durante el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 2019 las IPS adscritas a la ese Moreno y Clavijo han generado una opinión positiva ante los usuarios y que se está cumpliendo con las expectativas de los mismos.

Fuente: Procesos y subprocesos de la ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo