



**SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS  
II TRIMESTRE 2021**

**PLANEACIÓN**  
ESE MORENO Y CLAVIJO

**2021**

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

## Tabla de Contenido

INTRODUCCION.....	4
1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	5
1.1 MISIÓN.....	5
1.2 VISIÓN.....	5
1.3 PRINCIPIOS.....	5
1.4 VALORES.....	5
1.5 MAPA DE PROCESOS.....	6
1.6 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	6
2. CRONOGRAMA SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.....	7
3. METODOLOGÍA.....	8
4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO.....	8
4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS.....	9
4.1.1 SIAU.....	9
4.1.2 COMUNICACIONES.....	9
4.1.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	10
4.2 PROCESOS DE APOYO.....	10
4.2.1 SUBGERENCIA EN SALUD.....	10
4.2.2 PRESUPUESTO.....	13
4.2.3 CONTABILIDAD.....	14
4.2.4 CARTERA.....	15
4.2.5 ALMACEN.....	15
4.2.6 TESORERIA.....	16
4.2.7 FACTURACIÓN.....	17
4.2.8 GESTIÓN DOCUMENTAL.....	17
4.2.9 TALENTO HUMANO.....	18
4.2.10 GESTIÓN DE SISTEMAS.....	19
4.2.11 GESTIÓN AMBIENTAL.....	19
4.2.12 INFRAESTRUCTURA.....	20
4.2.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ARÉA BIOMEDICA.....	20
4.3 PROCESOS MISIONALES.....	20
4.3.1 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME.....	20

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

4.3.2	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL.....	23
4.3.3	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA. ....	27
4.3.4	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE.....	30
4.3.5	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. ....	32
4.3.6	CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL. ....	36
4.3.7	CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ. ....	39
4.4	PROCESOs DE EVALUACIÓN.....	42
4.4.1	GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.....	42
4.4.2	GESTIÓN JÚRIDICA: .....	43
4.4.3	GESTIÓN JÚRIDICA: .....	43
5.	CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	44

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

## INTRODUCCION

En cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1499 de 2017, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de diciembre de 2020, y demás normas concordantes, desde la oficina de planeación se le realiza Monitoreo al Mapa de Riesgos 2021, tomando la información de cada uno de los procesos que componen la ESE Moreno y Clavijo.

Con lo anterior, se busca validar las acciones propuestas para eliminar o mitigar los riesgos más relevantes, que afectan directamente a la entidad, como el de corrupción, identificados y valorados dentro del Mapa de Riesgos Institucional 2021.

La entidad está comprometida en cada una de sus áreas, en darle cumplimiento a las acciones planteadas, levantando sus evidencias para erradicar los riesgos de los procesos, parametrizando cada uno de ellos y buscando siempre el bienestar colectivo de los usuarios y empleados.

Para lograr lo aquí planteado, se envió Nota Interna del 19 de agosto de 2021 a los correos institucionales, con el cronograma, para después visitar a cada uno de los líderes de procesos, haciendo el monitoreo in situ, y así validar de primera mano la información sobre las actividades o acciones tomadas con el Mapa de Riesgos Institucionales 2021. Cabe resaltar, que por condiciones de logística por la localización de nuestros prestadores de servicios de los procesos misionales, no se pudo realizar con la metodología aquí planteada, visitas a los Hospitales de Puerto Rondón, Cravo Norte y la Esmeralda; con ellos se validaron informes de gestión con cada uno de los directores, coordinadores y personal responsable.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

## **1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**

### **1.1 MISIÓN.**

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

### **1.2 VISIÓN.**

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

### **1.3 PRINCIPIOS.**

- ✓ Orientación a resultados
- ✓ Articulación Interinstitucional
- ✓ Excelencia y calidad
- ✓ Aprendizaje e innovación
- ✓ Integridad, transparencia, y confianza
- ✓ Toma de decisiones basadas en evidencias
- ✓ Vocación de servicio

### **1.4 VALORES.**

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

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

### 1.5 MAPA DE PROCESOS.



### 1.6 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

El 30 de enero de 2021, fue publicado en la página web de la ESE Moreno y Clavijo el Mapa de Riesgos vigencia 2021.

La elaboración del Mapa de Riesgos se inició en diciembre del 2020 de manera directa, activa, participativa, donde cada uno de los líderes de los procesos es el responsable de las acciones que son producto de su trabajo. Como resultado de esta tarea se consolidaron los mapas de riesgos por procesos e institucional que permiten hacer monitoreo, seguimiento y evaluación a todas nuestras actividades y poder así detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

La guía para la elaboración del mapa de riesgos, fue actualizada por la Función Pública en diciembre 2020, este cambio hace que el Mapa de Riesgos y la política del Riesgos se deben actualizar con fecha límite hasta el 31 de diciembre del 2021.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

Se detectó que los procesos de facturación, sistema de la tecnología y planeación no tenía riesgos de corrupción registrados en el Mapa; y en el proceso de comunicaciones tampoco se le había formulado riesgos operativos, lo cual estos riesgos quedaron registrados para la vigencia 2021.

El proceso de monitoreo se hará de manera cuatrimestral en sincronía con el Plan de Acción.

El soporte del Mapa de Riesgos se evidencia en el siguiente link:  
<https://esemorenoyclavijo.gov.co/mapa-de-riesgos/>.

## **2. CRONOGRAMA SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.**

De acuerdo a lo planteado para el seguimiento del mapa de riesgos institucional 2021, se desarrolló el siguiente cronograma de trabajo:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

PROCESO/ SUBPROCESO	FECHA DE SEGUIMIENTO	HORA	LUGAR
Direccionamiento Estratégico	06/09/2021	7:00 am - 8:00 am	Sede central
	06/09/2021	8:00 am - 9:00 am	Sede central
	06/09/2021	9:00 am - 12:00 m	Sede central
	06/09/2021	2:00 pm - 5:00 pm	Sede central
Gestión Jurídica	07/09/2021	7:00 am - 12:00 m	Sede central
Mejoramiento Continuo	07/09/2021	2:00 pm - 5:00 pm	Sede central
Subgerencia en Salud. (Prestadores de servicio)	08/09/2021 AL 10/09/2021	7:00 am - 12:00 m Y 2:00 pm a 5:00 pm	Sedes principales, de acuerdo al siguiente orden: 1. HSAT 2. HSFF 3. HSLA 4. HSJD 5. HSJC 6. CSPJ 7. CSPA Nota: Queda sujeto de acuerdo a la disponibilidad de transporte al equipo de planeación, para los hospitales distantes de la sede central.
Gestión Presupuesto	13/09/2021	7:00 am - 10:00 am	Sede central
Gestión Facturación	13/09/2021	10:00 am - 12 m	Sede central
Gestión Cartera	13/09/2021	2:00 pm - 3:30 pm	Sede central
Gestión Ambiente Físico y Tecnológico	14/09/2021	7:00 am - 12 m	Sede central
Gestión Contabilidad	14/09/2021	2:00pm - 3:00 pm	Sede central
Gestión Tesorería	14/09/2021	3:00 pm - 3:30 pm	Sede central
Gestión Documental	14/09/2021	3:30 pm - 4:00 pm	Sede central
Gestión Talento Humano	14/09/2021	4:00 pm - 4:30 pm	Sede central
Gestión Control Interno	14/09/2021	4:30pm - 5:00 pm	Sede central

### 3. METODOLOGÍA.

La metodología empleada para el desarrollo del seguimiento y monitoreo al Mapa de Riesgos Institucionales 2021, fue hacer visita a los líderes de proceso in situ, revisando los soportes y evidencias de cada una de las actividades planteadas en el mencionado mapa. El control se llevó a cabo con el ORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION, GPL-FO-004, Versión 3.

### 4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

## 4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS.

### 4.1.1 SIAU

En este proceso estratégico para la entidad, donde se maneja atención al usuario, al ciudadano y transparencia de la información, se visitó la coordinación SIAU de la sede central y la de tres (3) hospitales de la red de prestación del servicio; se pudo evidenciar que se están cumpliendo en un **100%** las 4 actividades propuestas para mitigar los riesgos, con algunas observaciones para tener en cuenta en el último cuatrimestre del 2021. Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total de este cuatrimestre evaluado:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Levantamiento de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	Se cuenta con el manual actualizado.	Esta en archivo digital, Carpeta SIAU, subcarpeta GUIAS Y PROTOCOLOS	33%
	Socialización de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	Se envió correo socializando el Manual, a través de una presentación.	Buzones de correo institucional	33%
	Socializar en cada uno de los procesos el Manual de Gestión y Atención al Usuario SIAU	Se llevo a cabo en cada uno de los municipios	Esta en archivo digital. Carpeta capacitaciones, equipo de SIAU	33%
	Aplicación del consolidado de las PQRSDF tanto en las IPS como en la sede Central.	Se realizo el consolidado. A corte de 30 de junio 2021.	Esta en archivo digital, en carpeta tablero de indicadores siau	33%

### 4.1.2 COMUNICACIONES.

Desde este proceso estratégico, importante para la divulgación de información, se han venido cumpliendo lo estimado para mitigación de riesgos, en un **100%**, como se evidencia en el cuadro a continuación:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Perdida de archivo digital: Audiovisual y fotográfico	Hacer backup las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual. Que tenga respaldo	Se realiza backub, cada vez que se hace trabajo audiovisual.	Esta en un disco duro institucional	33%
Divulgación de la información con posibles errores	Divulgaciones del portafolio de servicios de la oficina de información y prensa.	Se hizo el video de portafolio de servicios y se actualizó en abril/21	Se encuentra en la pagina web, <a href="http://www.esemorenoyclavijo.gov.co">www.esemorenoyclavijo.gov.co</a> , en acceso y transparencia de la información	33%
Incumplimiento a la normatividad	Socialización de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	Se envió correo socializando el Manual, a través de una presentación.	Buzones de correo institucional	33%

#### 4.1.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

En cuanto a este proceso de relevancia por el tema estadístico, se han venido cumpliendo casi todas las actividades, quedando pendiente medir la adherencia de un formato, el resultado fue del **80%**, evidenciado en el cuadro a continuación:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de la normatividad	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	Recepción de la información estadística mensual	Carpeta en el pc del responsable, como seguimiento estadístico de unidades asistenciales. Se evidencia en el informe de gestión del proceso.	33%
	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Recepción de la información estadística mensual	Carpeta en el pc del responsable, como seguimiento estadístico de unidades asistenciales. Se evidencia en el informe de gestión del proceso.	33%
Baja disponibilidad de información al usuario	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	Capacitación desde el área de SIAU	Carpeta de capacitaciones SIAU	33%
	Diseñar, socializar y realizar adherencia de formato de Control de todos los informes de los procesos que deben estar publicados en la Página Web de la entidad	No evidencia	No evidencia	0%
Debilidad en el sistema de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	Consolidado de información	Se encuentra en el Informe de Gestión del proceso	33%

#### 4.2 PROCESOS DE APOYO

##### 4.2.1 SUBGERENCIA EN SALUD.

Este proceso se evaluó en la sede central, a la subgerente en salud y su equipo de trabajo, todas las actividades de dirección, coordinación y apoyo a los centros

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

asistenciales de la red, el porcentaje de cumplimiento fue del **76%**. Lo anterior se evidencia en el cuadro a continuación:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Faltan algunos médicos en Rondón, Cravo y Arauquita.	Se evidencia en las solicitudes por correo institucional de subgerencia en salud.	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Se hace desde apoyo a PyP, se realiza el cruce de la información de los que fueron facturados.	En el formato estructura riesgo cardiovascular, ruta materno perinatal, planificación, para cada curso de vida se lleva un formato.	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace seguimiento permanente	Ruta: E/año2021/matrices	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Se tiene organizado para que todo prestador de servicio tenga la carpeta pública con todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Se evidencio en las visitas a los prestadores	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se han socializado en cada prestador.	Se evidencio en las visitas a los prestadores	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se reviso y actualizaron las guías	Se envió por correo y D/año2021/capacitaciones/herramienta poblaciongestante/rutamaternoperinatal	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Se maneja un cronograma para capacitaciones	En los prestadores están las evidencias.	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Se realiza la evaluación y se hacen los análisis.	Ruta: E/año2021/informeshospitales/evaluaciongooglematernoperinatal/evaluaciontrimestre	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	A través de la agenda, se saca de ahí la información estadística.	El encargado de sistemas de información tiene en su correo institucional los informes mensuales.	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realiza acta trimestral de la 2193	Se reporta a la plataforma, por el ingeniero de sistemas.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2019.	Se cuenta con cronograma y socialización.	se anexa por correo a apoyoplaneacion@esemorenoyclavijo.gov.co los soportes.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	No evidencia	No evidencia	0%
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Desde la oficina central se ha compartido la información pero no se ha evaluado la adherencia	Ruta: Documentos/planeación/2021/soportes/apoyo diagnostico/laboratorio	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	No evidencia	No evidencia	0%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se capacita personal a cargo de PyP.	Ruta: E/año2021/capacitaciones	16.5%
	plan de trabajo para evaluar al personal	Se evalúa personal a cargo de PyP.	Ruta: E/año2021/evaluaciones	16.5%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Están actualizados a noviembre de 2020. GFM-MA-004, Versión 4.	Ruta: C/regente farmacia/escritorio/farmacia/manualesfarmaciaindificados	33%
	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	Se cuenta con manual actualizado, no se ha evaluado adherencia.	se anexa por correo a apoyoplaneacion@esemorenoyclavijo.gov.co los soportes.	33%
	Socializar el proceso documentado	Se ha socializado.	se anexa por correo a apoyoplaneacion@esemorenoyclavijo.gov.co los soportes.	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	No evidencia	No evidencia	0%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se cuenta con formato de seguimiento	Reposa en gestión de calidad	33%
	Socialización del formato aprobado	Se ha socializado	se anexa por correo a apoyoplaneacion@esemorenoyclavijo.gov.co los soportes.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se cuenta con la guía para hacer adherencia.	se anexa por correo a apoyoplaneacion@esemorenoyclavijo.gov.co los soportes.	33%
	Evaluación de la adherencia	No evidencia	No evidencia	0%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Elaborar procedimiento de los PIC	Formato de calidad	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	33%
	Evaluación de la adherencia	Evaluación de la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Desvío de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Se realiza con los prestadores de servicio, hospitales y centros de salud.	Ruta: Mis documentos/plandeaccion2021/sopotes/3,1traslados asistenciales, Equipo PC apoyo subgerencia en salud.	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se solicitan a través de oficios y/o correos.	Ruta; Documentos/misionmedica/ambulancias/entregad emblemas. Equipo PC apoyo subgerencia en salud.	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se reciben de cada servidor.	Se entregan para consolidar de los informes de gestión. Ruta: Documentos/informedegestión/2021/segundotrimestre	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se reciben de cada servidor.	Se entregan para consolidar de los informes de gestión. Ruta: Documentos/informedegestión/2021/segundotrimestre	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se reciben de cada servidor.	Se entregan para consolidar de los informes de gestión. Ruta: Documentos/informedegestión/2021/segundotrimestre	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se reciben de cada servidor.	Se entregan para consolidar de los informes de gestión. Ruta: Documentos/informedegestión/2021/segundotrimestre	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	Se reaccionan los formatos de manera mensual GFM-FO.018 y se recepcionan en medio magnético.	Se tienen en digital PC Farmacia sede central, Ruta: C/regentefarmacia2020/escritorio/apoyoterapeutico/indicadores.	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	Reportar mensual VIGIFLOW.	Pantallazos del programa. Se tienen en digital PC Farmacia sede central, Ruta: C/regentefarmacia2020/escritorio/apoyoterapeutico/indicadores.	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	No evidencia	No evidencia	0%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se registra en los Kardex	Se le hace seguimiento al Kardex mensual de cada uno de los prestadores de servicio de la ESE.	33%

#### 4.2.2 PRESUPUESTO.

Este proceso, que es parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un resultado del **80%**, falta trabajar la adherencia a los controles establecidos aquí en el mapa de riesgos, como se evidencia en el cuadro a continuación:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de la Norma por desconocimiento de la misma	Actualización del normograma	Esta actualizado	Se evidencia D/presupuesto/retencion documental/normograma	33%
Desactualización de procedimientos del proceso presupuestal	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se cuenta con el instructivo versión 2 2008	Se evidencia C/presupuesto/retencion documental/año2021/presupuesto2022	33%
Desconocimiento del manejo del software	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se cuenta con el instructivo versión 2 2008	Se evidencia C/presupuesto/retencion documental/año2021/presupuesto2022	33%
	Realizar Adherencia de los procedimientos documentados	No evidencia	No evidencia	0%
Afectar rubros de forma incorrecta del gasto en beneficio de un tercero	Realizar Adherencia de los procedimientos documentados	Se revisan los rubros con la Resolución 1355 de 2020, anexo 1 y 2, versión 3 y una herramienta del DANE.	Se hace verificación con el SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA del DANE y con la Resolución 1355 de 2020, anexo 1 y 2, versión 3.	33%

#### 4.2.3 CONTABILIDAD.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **89%**, falta medir la adherencia de los controles, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Desarticulación en los procesos que intervienen en la depuración	Actualización del procedimiento de saneamiento contable	Se tiene el manual actualizado GTC-MA-001 Versión 2.	Se encuentra	33%
Falta de revisión en el balance por terceros	Diseño de controles eficiente y eficaz	Se hace de acuerdo al manual de políticas contables, se realiza manualmente los amortizaciones, en este tiempo solo se están manejando las de licencias antivirus.	El manual se tiene en físico, por el líder de contabilidad.	33%
	Adherencia de los controles diseñados	No evidencia	No evidencia	0%
Falta de envío de acta por parte de almacén para el registro	Adherencia de los controles diseñados	Hay controles diseñados para conciliar por medio de actas con almacén.	Se encuentran en el programa contable.	33%
Ausencia de registro en el sistemas	Adherencia de los procedimientos de gestión contable	Las depreciaciones se hacen anualmente.	Se encuentran en el programa contable.	33%
Valores conciliados erróneos	Actualización del procedimiento de conciliación	Se encuentra actualizado	Resolución 031 de 2021, se encuentra en físico en la oficina de contabilidad.	33%
	Adherencia de la documentación actualizada	Se encuentra actualizado	Se encuentran en el programa contable.	33%
Incertidumbre financiera	Depurar y realizar saneamiento contable de los saldos de Cartera, Facturación y Presupuesto por ventas de servicios de salud.	Se realizan trimestralmente.	Se encuentran en el programa contable.	33%
	Realizar ajustes contables a los pasivos por saldos negativos	Se realiza trimestralmente, se cruza con cartera, tesorería y facturación.	Se encuentran en el programa contable.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

#### 4.2.4 CARTERA.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Favorecimiento a Terceros por concepto de objeciones	Actualización de Normograma, y socialización del mismo en las diferentes sedes de la ESE	Se tiene manual de cartera actualizado de fecha 27 de agosto 2020	Esta en el PC de Cartera en Escritorio/documentacionlegal/ma nualdecartera. Se socializo el 28 de agosto, con el área de auditoria y cartera, se evidencia a través de acta que reposa en físico en la oficina de cartera.	33%
	Realizar socialización y seguimiento de las objeciones recibidas de las ERP a los diferentes Hospitales y centros de salud	A través de plataforma zoom capacitaciones, vía whatsapp y visitas a los prestadores de servicio de la ESE.	Se tienen evidencias de pantallazos en el pc de auditoria, y se cuenta con un grupo de whatsapp	33%
Crecimiento en el monto y edad de cartera	Actas de conciliación de saldos de cartera	Se hacen las socializaciones	Reposan en actas en físico, oficina de cartera en carpetas.	33%
	Socialización procedimiento cartera	Se socializo el 28 de agosto, con el área de auditoria y cartera,	Se evidencia a través de acta que reposa en físico en la oficina de cartera.	33%
Favorecimiento a Terceros por concepto de objeciones	Socialización equipo de trabajo a los procedimientos, políticas y formatos del proceso de cartera.	Se socializo el 28 de agosto, con el área de auditoria y cartera,	Se evidencia a través de acta que reposa en físico en la oficina de cartera.	33%
Iliquidez para la ejecución presupuestal, incumplimiento de metas de recaudo	Requerimientos y respuesta oportuna a solicitudes realizadas	Se realizan cruces con las entidades que se prestan el servicio.	Se evidencia a través digital PC escritorio/cartera/actas decartera	33%
	Seguimiento a políticas, actualizaciones que permitan un mejoramiento en el recaudo	Se hacen los cruces de cartera, mesas de trabajo en base a circular 030, lo que se envía al ministerio, reunión mesa de flujo de recursos.	Un formato del ministerio sobre acuerdos o compromisos: Seguimiento compromisos	33%

#### 4.2.5 ALMACEN.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **67%**, faltan socializaciones y adherencias de los formatos y guías de control, como se evidencia en el siguiente cuadro:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Pérdida de recursos físicos	Realizar el inventario físico de la Entidad.	Se realiza cada 3 meses.	Ruta: C/2021/abril/inventarioesemoreno2021/inventario	33%
	Actualizar el manual de procedimientos de almacén	Se cuenta con manual de procedimientos.	Ruta: C/2021/abril/xalmacen/almacenesemorenoyclavijo/gestiondecabilidadambiente fisicoytecnologicoesemyc/manualyguias	33%
	Socialización de formato y manual actualizado	No evidencia	No evidencia	0%
	Adherencia formato de control y manual de proceso	No evidencia	No evidencia	0%
Incumplimiento a la normatividad	actualizar el normograma y la documentación del proceso de gestión de adquisiciones	Se cuenta con el plan anual de adquisiciones.	Ruta: C/2021/abrilxalmacen/alacenesemorenoyclavijo/planabualdeadquisiciones2021	33%
	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de dotación industrial	De acuerdo al cronograma que entrega el Ing Biomédico.	Ruta: C/2021/abrilxalmacen/almacenesemorenoyclavijo/plandemantenimiento2021esemorenoyclavijo	33%

#### 4.2.6 TESORERIA.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Desvíos de recursos financieros a favor de un tercero	Diseñar formato de control de transferencia	Se cuenta con el formato	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Misdocumentos/bancocajasocial/bancoagrario2021.	33%
	Organizar y Realizar archivos para transferencia por Sede.	Se cuenta con el formato, se tiene por mes y por sede.	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Misdocumentos/bancocajasocial/bancoagrario2021.	33%
	Realizar pagos por sede	Se cuenta con el formato, se tiene por mes y por sede.	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Misdocumentos/bancocajasocial/bancoagrario2021.	33%
Registrar de manera incompleta las Ventas	Seguimiento diarios a Movimientos de Bancos	Se lleva en el sistema el control desde el portal bancario y en el pc.	Ruta; misdocumentos/2021/cuentas pagadas.	33%
	Reporte Semanal al área de Cartera	Se envía al correo cuando hay ingresos por identificar.	En el correo institucional de cartera y tesorería.	33%
	Registro en libros los ingresos dentro del mes correspondiente	Las notas bancarias o recibos de caja.	En el software dinámica gerencial	33%
Conciliaciones de manera incorrecta	Realizar los ajustes mensuales en libro de bancos de acuerdo a las Conciliaciones bancarias para mantener saldos reales	Carpeta de conciliación banco por banco, mes por mes.	Se tienen en físico, formato GTE-FO-002. Versión No 1.	33%
	Cruzar información mensual con contabilidad y cartera para hacer el respectivo registro de las actas conciliatorias	Se realiza de manera mensual.	Se tienen las actas de los cruces.	33%
	Registro en libros de movimientos dentro del mes correspondiente	Se lleva como recibos de caja	En el software dinámica gerencial, por banco y por mes.	33%

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

#### 4.2.7 FACTURACIÓN.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Liquidación incorrectos de los servicios prestados al usuario	Socialización periódica de la contratación suscrita y vigente con las diferentes EPS	Se cuenta con esta información, de manera cuatrimestral esta convenido, pero se esta haciendo una vez se finiquite los contratos.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciendieg o/docfacturacion/12 lpst2021/socializacioncontratos2021	33%
	Seguimiento a los motivos de glosas y devoluciones de manera trimestral	Se hace seguimiento	En el PC de auditoria D/misdocumentos/glosasydevoluciones.	33%
Personal con conocimientos deficientes e insuficientes	realizar socializaciones periodicas de los diferentes temas a los facturadores de las diferentes unidades asistenciales	Se realizan las socializaciones.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciendieg o/docfacturacion/12 lpst2021/socializacioncontratos2021	33%
	capacitación periodica al personal del proceso de facturación	Se realizan las socializaciones.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciendieg o/docfacturacion/12 lpst2021/socializacioncontratos2022	33%
perdida de dinero por facturas devueltas	seguimiento los motivos de las facturas aceptadas y su responsable	Lo realiza la auditora y se esta cumpliendo efectivamente.	PC auditoria	33%
aumento de motivos de objeciones por mayor valor cobrado	Socialización oportuna de las munutas contractuales, otrosis o modificaciones que se realice	Se realizan las socializaciones.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciendieg o/docfacturacion/12 lpst2021/socializacioncontratos2021	33%
Incumplimiento de los indicadores de gestion	realizar informe de gestion e indicadores de manera trimestrar	Se hacen informes trimestrales.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciendieg o/docfacturacion/12 lpst2021/informedegestion	33%
Facturación sin radicar de servicios prestados	seguimiento al envio de la facturación fisica por las unidades asistenciales los primeros 05 días de cada mes	Se tienen carpetas digitales por mes y municipio.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciendieg o/docfacturacion/12 lpst2021/recibosfacturacion2021	33%
	Seguimiento de la facturación radicada en los tiempos de ley	Se realiza a traves de actas de facturación radicadas.	Se tiene en medio fisico, en la conciliacion que se hace con cartera.	33%

#### 4.2.8 GESTIÓN DOCUMENTAL.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **74%**, falta desarrollar algunas actividades planteadas y la aprobación y publicación, como se evidencia en el siguiente cuadro:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Perdida de documentacion	Aprobación, publicación, socialización y aplicación del SIC - en su componente Plan de Conservación Documental	El documento esta aprobado, pero so se ha socializado.	Se encuentra en gestión de calidad, aprobado del 5 de agosto 2021.	16%
	Ejecución y seguimiento de PINAR (campañas de socialización de la responsabilidad en la organización de los archivos.	Parcialmente se ha desarrollado.	Faltan actividad del PINAR.	16%
	Realizar seguimiento y control para verificar la organización de los Archivos de Gestión y aplicación de las TRD.	Se esta ejecutando de acuerdo a lo previsto legalmente.	Se adjuntó documentos (3) en formato EXCEL, los cuales evidencian trazabilidad a comunicaciones oficiales.	33%
	Diligenciar los FUID de cada unos de los Municipios y Sede Central, correspondiente al Archivo de Gestión.	Se esta ejecutando de acuerdo a lo previsto legalmente.	Se adjunta Excel con información de inventarios documentales, de lo cual permite evidenciar avance.	33%

#### 4.2.9 TALENTO HUMANO.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **88%**, falta la Socialización y publicación del proceso de Gestión del Talento Humano, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Favorecimiento a través de la contratación de servicios favor de Terceros	Realizar adherencia formato de control para realización de contratos personal según necesidad.	Se lleva un formato para tal fin GTH-FO-062 Versión No 1.	PC de Líder Talento Humano Ruta: escritorio/talento humano/formatos.	33%
	Levantar el procedimiento para legalización de cuentas de contratistas.	Se lleva registro con formato GTH-FO-056 Versión No 2.	PC de Líder Talento Humano Ruta: escritorio/talento humano/formatos.	33%
	Socialización procedimiento para legalización de cuentas de contratistas.	Se realizo y se envió a cada uno de los directores de hospitales y coordinadores de los centros de salud.	Se evidencia en los correos electrónicos institucionales y en el grupo de whatsapp	33%
Incumplimiento a la normatividad	Actualización del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	Se encuentra actualizado.	PC apoyo talento humano Ruta: C/gestiondetalento humano/talento humano2021/normograma	33%
	Socialización y publicación del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	Se le paso a comunicaciones, para ser publicado en la pagina web.	<a href="http://www.esemorenoyclavijo.gov.co">www.esemorenoyclavijo.gov.co</a>	33%
Desconocimiento de los procesos y procedimientos del proceso	Actualización del Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano	Este año se actualizó con capacitaciones virtuales.	PC de Líder Talento Humano Ruta: escritorio/talento humano/fmanualesgth	33%
	Socialización y publicación del proceso de Gestión del Talento Humano	No evidencia	No evidencia	0%
	Implementación de instrumentos de control del proceso	Se utilizan los formatos del procedimiento de talento humano.	PC de Líder Talento Humano Ruta: escritorio/talento humano/formatos	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

#### 4.2.10 GESTIÓN DE SISTEMAS.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **75%**, falta la adherencia a los controles de los procesos, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar el normograma de gestión sistemas y tecnologías	El normograma se encuentra actualizado.	Esta en gestión de calidad.	33%
	Actualizar los procedimientos	Se encuentran actualizados.	Esta en gestión de calidad.	33%
	Actualizar el proceso y procedimientos necesarios	Se encuentran actualizados.	Esta en gestión de calidad.	33%
	Seguimiento al Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de gestión sistemas y tecnologías (Plan de mantenimiento hospitalario -equipos de sistemas)	Se están llevando a cabo los mantenimientos preventivos y correctivos. Formato GST-FO-018	Se tienen los formatos en físico en la oficina de sistemas.	33%
Incumplimiento de la normatividad	Actualizar el normograma	Se encuentran actualizados.	Esta en gestión de calidad.	33%
	Actualizar los procedimientos según normograma	Se encuentran actualizados.	Esta en gestión de calidad.	33%
Desactualización de procesos y procedimientos	Actualizar el proceso y procedimientos necesarios	Se cuentan con los procedimientos necesarios.	Esta en gestión de calidad.	33%
	Adherencia de la documentación	No evidencia	No evidencia	0%

#### 4.2.11 GESTIÓN AMBIENTAL.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar y ajustar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se actualizó en septiembre de 2020, se hace cada años.	Se tiene en el PC DE ingeniero de sistemas Ruta: C/esemorenoyclavijo/2021/pgirhs	33%
	Socializar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se esta socializando en el mes de septiembre	Se tiene de evidencias en las planillas de asistencia en físico, que reposan en la oficina del Ingeniero Ambiental.	33%
	Actualizar normograma de gestión ambiental	Se tiene actualizado.	PC Ingeniero Ambiental Ruta: C/esemorenoyclavijo/2021/normogramagestionambiental	33%
	Informe de ejecución del plan PGIRHS y plan de mantenimiento hospitalarios de residuos hospitalarios	Se realiza a través del informe de gestión.	PC Ingeniero Ambiental Ruta: C/esemorenoyclavijo/2021/información/informesdegestion2021	33%
Desconocimiento de los procedimientos y protocolos del proceso	Actualizar y ajustar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se actualizó en septiembre de 2020, se hace cada años.	Se tiene en el PC DE ingeniero de sistemas Ruta: C/esemorenoyclavijo/2021/pgirhs	33%
	Socializar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se esta socializando en el mes de septiembre	Se tiene de evidencias en las planillas de asistencia en físico, que reposan en la oficina del Ingeniero Ambiental.	33%

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

#### 4.2.12 INFRAESTRUCTURA.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de infraestructura física	Se solicita de manera trimestral por correo a los directores de hospitales y coordinadores de los centros de salud, deben	Se tiene evidencia a través de los formatos, que son enviados por los correos electrónicos institucionales de los directores de los hospitales y coordinadores de los 2 centros de salud.	33%

#### 4.2.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ÁREA BIOMÉDICA.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de equipos biomédicos	Se solicita el reporte de mantenimiento de cada equipo, por cada uno de los responsables de los mismos.	Radicado en almacén, carpeta de mantenimientos de equipo.	33%

### 4.3 PROCESOS MISIONALES.

#### 4.3.1 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital que comparte municipio con la sede administrativa, teniendo un resultado en el monitoreo del **78%**, quedando pendiente para el próximo seguimiento la revisión, socialización y medición de adherencia de algunos controles, que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. A continuación se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se tienen 7 médicos de consulta externa y en P y P 4.	Contratos de personal.	16%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Se trabaja desde febrero con la Resolución 202 de 2021, a través de su plataforma.	Se evidencian en los correos, en algunos casos la EPS entrega certificados.	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se están diligenciando los formatos PYP-FO-104 Y 105	Están impresos en una carpeta en P y P, igual, se guardan en pdf digitalmente.	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Se realiza desde la coordinación medica.	Esta en la red Drive/publico/manuales y protocolos	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se realiza desde la coordinación medica.	Se encuentra en carpeta física en oficina de coordinación medica	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	No evidencia	No evidencia	0%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se encuentra actualizado	Esta en la red Drive/publico/manuales y protocolos	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	En la inducción se socializa los protocolos institucionales	Se tienen en físico formato GTH-FO-004, se reviso el ultimo de 01 de septiembre de 2021.	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	No evidencia	No evidencia	0%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se lleva de acuerdo a las circulares 030 y 056.	Se almacena en el computador de estadísticas D:\Mis documentos\carpeta estadística, en los formatos pertinentes.	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realiza acta trimestral de la 2193	Se reporta a la plataforma, por el ingeniero de sistemas.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2019.	Se tiene un cronograma	Esta en la red Drive/publica/epidemiologia	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	No evidencia	No evidencia	0%
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Se tiene un cronograma anual, para socialización y evaluación de los manuales de laboratorio	Reposa en carpeta denominada Socialización de Manuales, que reposa en la oficina de la jefe de laboratorio.	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	Se reportan los eventos adversos y se hace el plan de mejoramiento.	Se evidencia en los formatos GIC-FO-005, archivados en la oficina de coordinación médica.	33%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se registran las socializaciones y capacitaciones.	Se evidencia en físico en carpeta de asistencia, que reposa en la oficina de coordinación médica.. GTH-FO-005	33%
	plan de trabajo para evaluar al personal	Se hacen auditorias internas para evaluar personal asistencial.	Se evidencia en carpeta física, como auditorias internas que reposa en la oficina de coordinación médica..	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra actualizado	Se encuentra en la red drive/publico/manuales y protocolos	33%
	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Pública	No se evalúa la adherencia		0%
	Socializar el proceso documentado	Se ha socializado en cada dependencia	En la inducción y reinducción.	33%
Silencio Epidemiológico.	Evaluar la adherencia del proceso	No evidencia	No evidencia	0%
	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se tiene formato código 998 y 995, donde se registra de manera semanal, los eventos de manera individual y colectivo.	PC D/documentos/notificaciónsemanal2021, actualizado semana 35, del 29 de agosto al 4 de septiembre.	33%
	Socialización del formato aprobado	En cada una de las dependencias, cuando entra alguien al cargo se le pone a conocimiento del formato de seguimiento	No evidencia	0%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	No evidencia	No evidencia	0%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Evaluación de la adherencia	No evidencia	No evidencia	0%
	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de calidad	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	33%
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%
	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Un jefe de referencia audita las bitácoras, verifica a través del sistema que estén facturadas.	Se registra en el informe de gestión trimestral de dirección.	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	Se solicitan desde Dirección del hospital y los autoriza Subgerencia de Salud.	Vehículos autorizados con la señalización.	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Bitácora y libro de entrada y salida que se lleva en la portería.	Reposa en físico en área de urgencias y se reporta en el informe trimestral	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	A la bitácora se le hace auditoria por parte del líder de referencia diariamente.	Reposa en físico en área de urgencias y se reporta en el informe trimestral	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contra referencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se revisaron en el mes de agosto, junto a calidad y se realizaron unas actualizaciones.	Formato RYC-FO.003 Versión No 2.	33%
Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Desde dirección se autoriza, a través de una planilla de acuerdo a donde se realice el traslado hay una cantidad	Se lleva un talonario que maneja la directora y lo verifica cada 2 días.	33%	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	Formato de solicitud de necesidades, los primeros 5 días de cada mes y se recibe el pedido a los 8 días, con el formato de recepción.	PC de farmacia D:/misdocumentos/recepcion tecnica2021. y D:/misdocumentos/solicitudes2021	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	Se realizan reportes a la pagina de VIGIFLOW, al INVIMA, mensual	Se diligencia el FOREAM, reposa en físico en carpeta az, el ultimo es del 3 de septiembre.	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se llevan los Kardex de medicamentos y de meicoquirurgicos.	Se tiene físico en az y digital en D:/misdocumentos/indicadores2021	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	La semaforización se realiza para hacer seguimientos y dispositivos médicos, se hace de forma mensual.	Se diligencia el formato GFM-FO-005, a través del MORYCLA, quedando el registro ahí mismo.	33%

#### 4.3.2 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Fortul, teniendo un resultado en el monitoreo del **87%**, quedando pendiente para el próximo seguimiento la medición de adherencia de algunos controles, que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. A continuación se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se cuenta con planta de personal completa, 4 médicos para medicina general y 2 son de P y P	Personal con contrato en el área asistencial.	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. Se lleva a través de formatos de registros.	En la red están los registros diarios, los correos institucionales y en computador de SISPRO se tiene el aplicativo de la Resolución	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. Se lleva a través de formatos de registros.	En la red están los registros diarios, los correos institucionales y en computador de SISPRO se tiene el aplicativo de la Resolución	33%

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Carpeta digital con la información	192.168.1.1 informacionfuncionarios/hospitalización/documentoscalidadnuevo	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Ha sido socializado con todo el personal y se tiene en la plataforma digital institucional	192.168.1.1 informacionfuncionarios/hospitalización/documentoscalidadnuevo	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	Se implementa programa de adherencia.	192.168.1.1 informacionfuncionarios/hospitalización/documentoscalidadnuevo	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se lleva formato, fecha de solicitud de la cita, fecha de asignada y fecha de la cita y se saca la oportunidad.	Se almacena en disco extraíble drive/hospitalsanfrancisco/año 2021/2193mensual.	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realiza acta trimestral de la 2193	Se reporta a la plataforma, por el ingeniero de sistemas.	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se llevan las guías actualizadas	192.168.1.1 informacionfuncionarios/hospitalización/documentoscalidadnuevo	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Se tiene la carpeta con las socializaciones al personal, a través de las inducciones	En carpetas de personal se encuentra.	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	No evidencia	No evidencia	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2019.	Se realiza por dependencias y se presentan al director.	Archivo digital en pc auxiliar administrativo	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	No evidencia	No evidencia	0%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Carpeta digital con la información	192.168.1.1 informacionfuncionarios/hospit alización/documentoscalidadn uevo	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	Se hace la adherencia a la documentación.	192.168.1.1 informacionfuncionarios/hospit alización/documentoscalidadn uevo	33%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Carpeta digital con la información	192.168.1.1 informacionfuncionarios/hospit alización/documentoscalidadn uevo	33%
	plan de trabajo para evaluar al personal	Se hace evaluación de acuerdo a lo contractual.	No evidencia	0%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra actualizado	En forma física desde la sede principal y se enviaron por correo institucional.	33%
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	Existen es protocolos de salud pública.	Se tienen en físico y magnético	33%
	Socializar el proceso documentado	Acta No 05 se socializa Covid 19 y guía de malaria, 14 de mayo; el 14 de junio se socializa EDA, parálisis física y accidente ofídico; el 23 de julio se socializa protocolo de dengue; en agosto el decreto 1374.	Se tienen en físico y magnético	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	Se realiza dentro del diligenciamiento de las fichas	Se tienen en físico y magnético	33%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	No evidencia formato, pero se llena en la plataforma de SIMGILA.	En la plataforma se evidencia la información.	33%
	Socialización del formato	No aplica		0%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	No aplica		0%
	Evaluación de la adherencia	No aplica		0%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia atraves del formato y de los informes	33%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Se manejan en archivos digitales	Drive/informehospital2021/trasl adodepacientes	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se hace la solicitud, la ultima fue en 10 de febrero.	A través de correo institucional	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se llena formatos para tal fin	Se archivan y manejan físicamente.	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se llenan los formatos respectivos, seguimiento de remisiones RIC- FO-003	Se archivan y manejan físicamente.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se esta actualizando con gestión de calidad, quedaron 2 formatos seguimiento de pacientes y traslados de pacientes	Se archivan y manejan físicamente.	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se lleva formato al respecto.	En pc auxiliar administrativa D:/aahospital/combustible/2021	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	Se lleva a través de formato GFM-FO-018	Se archiva físicamente mes a mes	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	Se realizan reportes a la pagina de VIGIFLOW, al INVIMA, mensual	Se tiene pantallazo de la pagina donde reposan los eventos reportados, se llena físicamente el formato de FOREAM	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se hacen los Kardex en el MORYCLA	Quedan registrados en el MORYCLA	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se hace seguimiento con formato GFM-FO-005, donde se evidencia medicamentos a vencer a 7 meses,	La semaforización queda registrada en el MORYCLA, se le lleva registro físico a cada medicamento y dispositivo.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

### 4.3.3 HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Arauquita, teniendo un resultado en el monitoreo del **66%**, quedan muchas tareas por cumplir, sobretodo en el manejo de guías y formatos, no evidencian socializaciones y adherencia a los controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. A continuación se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Consulta externa 4 médicos y PyP 3 médicos.	Contrato de personal.	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Se trabaja la Res. 202 de 2021, Se generan los RIPS por contrato, se verifican, se cargan en plataforma y se hacen las correcciones.	Se evidencia en las plataforma de SIGIERES, en el caso de la Nueva EPS. Se evidencian en el PC SIPRO D:salvar/todoslosripscargadosal sigiere C:informedeproduccion/año2021/agosto.	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace de acuerdo a matriz con la Res. 3280	Se tienen en archivo digital en PC de facturación en D:mis documentos/informes de gestión	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Se tiene red local con la información.	Drive/publica/manuales protocolos y guías	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	No evidencia	No evidencia	0%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	No evidencia	No evidencia	0%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	No evidencia la guía, pero se tiene Manual de atención en sala de partos, protocolo de intervenciones intraparto y parto instrumental, protocolo de pinzamiento de cordón y guía de trabajo de parto.	Se tiene en forma digital, PC Urgencias D:mis documentos/rural/protocolos misionales/guías, protocolos y manuales	16.5%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	No evidencia la guía, pero se tiene Manual de atención en sala de partos, protocolo de intervenciones intraparto y parto instrumental, protocolo de pinzamiento de cordón y guía de trabajo de parto, haciendo la inducción y las capacitaciones respectivas.	Se tiene en forma física en urgencias, Capacitaciones seguridad del paciente.	16.5%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Se evidencia evaluación de las socializaciones	Se tiene en forma física en urgencias, Capacitaciones seguridad del paciente.	16.5%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	A través de la agenda, se saca de ahí la información estadística.	Se evidencia en digital en el PC de estadística, D:datos/drivers/estadística/año. Se entregan antes de los cinco (5) primeros días del mes, a sistemas de información de la sede central.	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realiza acta trimestral de la 2193	Se reporta a la plataforma, por el ingeniero de sistemas.	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2019.	Existe el cronograma.	Esta en el PC de salud publica d/mis documentos/sos2020/cronograma	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	No evidencia	No evidencia	0%
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	No evidencia	No evidencia	0%
	Adherencia de la documentación propuesta	Se hace reporte por medio de un link, mensual se baja la base de datos.	Archivo digital en el link establecido <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSczHT8rbC7jhsUXeFl__f8qAu_t3U_3D7p4bs4S4HHEVJRhA/viewform">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSczHT8rbC7jhsUXeFl__f8qAu_t3U_3D7p4bs4S4HHEVJRhA/viewform</a>	33%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	No evidencia	No evidencia	0%
	plan de trabajo para evaluar al personal	Cada líder capacita a su personal de acuerdo a la normatividad reciente.	Se tiene evidencia en PyP y Urgencias, en carpeta física.	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	La última de actualización el 23 de noviembre de 2020, para actualizar resolución de habilitación.	Se tiene el manual actualizado en digital en PC de farmacia, D:misdocumentos/manuales	33%
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Pública	Se tiene el ultimo manual	Se encuentra en el PC de salud publica D:escritorio/manualdesaludpublica	33%
	Socializar el proceso documentado	Se tiene actualizado y documentado las normas, guías y protocolos.	Se encuentra en el PC de salud publica D:escritorio/fichasyprotocolos	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	No evidencia	No evidencia	0%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se hace a través las BAI	Se encuentra en el PC de salud publica D:misdocumentos/sos2020/informes/mes	33%
	Socialización del formato aprobado	Se socializa en el comité de vigilancia epidemiológica los BAI	Se tienen en carpetas físicas que radican en la oficina de salud pública.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	No evidencia	No evidencia	0%
	Evaluación de la adherencia	No evidencia	No evidencia	0%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	33%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Con el libro de urgencias se anota remisión, se factura y de los RIPS se generan, en urgencias se hace informe al respecto. Se revisa por la jefe de urgencias y se consolida para informe mensual.	Se evidencia en PC Urgencias D:misdocumentos/enfermerarur al/informestrimestral.	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con el parque automotor con el emblema.	Se evidencia en oficios de solicitud de febrero de este año, a la sede administrativa	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se mide por el tiempo de remisión.	Queda el registro en la historia clínica	17%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se realizan las bitácoras, se trabaja con versión actualizada la No 5	Una copia de bitácora en historia clínica y otra reposa en auditoria en facturación.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se tiene el formato de bitácora, versión N 05.	Se tiene en archivo, en la historia clínica	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	De acuerdo a la bitácora y con talonario y hay establecido una cantidad por recorrido.	Se deja el recibo en la oficina de secretaria administrativa y controlada por el director.	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, según solicitud de Necesidades.	A los pacientes se les entrega sobre facturación e internamente se diligencian formatos de solicitud de medicamentos y dispositivos médicos y se reciben con acta de	Se evidencia factura en físico y los formatos y actas de forma digital, en PC de farmacia D:misdocumentos/archivospara guardardiana/farmacia2021/info rmedefarmacia	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNIVIGILANCIA, se maneja de la sede central, se recepciona lo que la Regente envía. Con respecto a FARMACOVIGILANCIA, se maneja con software VIGIFLOW, se reportan eventos y reacciones adversas leves de medicamentos y los posteriores de vacunación. Se hace farmacovigilancia activa y pasiva.	Los reportes se tienen de forma digital, arrojados por el software, como soporte y las listas de capacitaciones a los usuarios y personales de la institución, reposan en carpeta física, oficina de farmacia.	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	A través del MORYCLA, se hace seguimiento con Kardex digital.	El sistema MORYCLA, permite descargar el estado de inventarios y otros elementos de inventarios.	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se tienen semaforizados en físicos y MORYCLA, permite identificar medicamentos y dispositivos médicos a vencer.	El sistema MORYCLA, permite revisar el mismo proceso físico de la semaforización.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

#### 4.3.4 HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Cravo Norte, teniendo un resultado en el monitoreo del **95%**, se cumplen en su gran mayoría los controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. A continuación se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se cuenta con planta de personal completa, 2 médicos generales y 2 son del SSO	Personal con contrato en el área asistencial.	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. Se lleva a través de formatos de registros.	En la red están los registros diarios, los correos institucionales y en computador de SISPRO se tiene el aplicativo de la Resolución	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. Se lleva a través de formatos de registros.	En la red están los registros diarios, los correos institucionales y en computador de SISPRO se tiene el aplicativo de la Resolución	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	La carpeta que se se tiene en es en el computador de PYM donde se tienen los soportes de las guías y protocolos de la ips	Se tienen las carpetas en medios magnéticos pero no en la red	0%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se cuenta con un cronograma anual de actividades para el desarrollo de las guías y protocolos institucionales.	listado de asistencia, registro fotográfico.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	La IPS cuenta con guías y protocolos.	cuestionario en fisico	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Guías actualizadas	Socializaciones al personal	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Guías actualizadas	Lastados de asistencia	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Guías actualizadas	Evaluaciones	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Medición de la oportunidad de la atención	indicadores de gestión	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realiza acta trimestral de la 2193	Se reporta a la plataforma, por el ingeniero de sistemas.	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2019.	protocolos y guías actualizadas	Socializaciones realizadas - asistencias	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	Cuestionarios de guías y protocolos	Evaluaciones	33%
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Realización de cronograma	Cronograma en físico	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	Se realizan evaluaciones trimestrales	Evaluaciones realizadas en formato GES-FO-007	33%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se realiza plan de trabajo para evaluarla personal	Listado de asistencia del personal GTH-FO-004	33%
	plan de trabajo para evaluar al personal	Se realiza plan de trabajo para evaluarla personal según formato LAB-FO053	Plan de trabajo impreso	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	manual de procesos actualizado	Manual de procesos impreso	33%
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	manual de salud publica	Evaluaciones	33%
	Socializar el proceso documentado	manual de salud publica	Listado de asistencia del personal	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	manual de salud publica	Evaluaciones	33%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Seguimiento al proceso	Formato	33%
	Socialización del formato aprobado	Formato institucionales	asistencias	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Formato institucionales	asistencias	33%
	Evaluación de la adherencia	Formato institucionales	evaluaciones	33%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia atraves del formato y de los informes	33%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Bitácoras	Informe realizado	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	Ambulancias TAB	Autorizaciones del emblema vigentes	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Oportunidad de Respuesta	Informes de traslado asistencial de forma trimestral.	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Bitácoras	Informe realizado	
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contra referencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Actualización de formatos	Formatos de Bitácoras	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se entregan vale a los conductores por traslado realizado	Copia de Vales entregados y formato de consumo de combustible	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	Se entregan medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud las áreas de urgencias, hospitalización y carro de paro	Formato de solicitud de pedido de la coordinadora del área	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	Se realiza seguimiento y socialización del programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	informe y asistencias a socializaciones	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se realiza seguimiento a los Inventarios	Kardex y comprobantes de ingreso, egresos y actas de baja	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se realiza seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Kardex y actas de baja	33%

#### 4.3.5 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Puerto Rondón, teniendo un resultado en el monitoreo del **80%**, están pendientes algunos temas como lo es la contratación de personal médico requerido para consulta externa, adherencia de la documentación propuesta, plan de trabajo para capacitaciones al personal, plan de trabajo para evaluar al personal, controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. A continuación se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se cuenta con planta de personal incompleta, 3 médicos (2) para medicina urgencia y 1 de P y P	Personal con contrato en el área asistencial.	16%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. Se lleva a través de formatos de registros.	En la red están los registros diarios, los correos institucionales y en computador de SISPRO se tiene el aplicativo de la Resolución	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. Se lleva a través de formatos de registros.	En la red están los registros diarios, los correos institucionales y en computador de SISPRO se tiene el aplicativo de la Resolución	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	agrupación de guías, protocolos y manuales para adjuntarlos a la plataforma Sócrates y que el personal lo puede visualizar desde su pc	En el computador de trige se encuentra la carpeta de protocolos, Guías y manuales .	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se socializa según el cronograma de socializaciones anual.	se tiene la carpeta de socializaciones con su respectivo cronograma donde contiene las evidencias físicas y listado de asistencia.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	Estamos en Proceso de realizar los formularios que nos permitan medir la adherencia en e l personal.	se creo una carpeta en el correo del Jefe de urgencias que nos permite visualizar la continuidad de los formularios.	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	se continua en la busqueda activa de actualizar guías en emergencias obstétrica	Aun no e cuenta con evidencias de actualización de guías.	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Educación sobre las guías de maternidad, las enfermedades mas prevalentes en maternas y su cuidado.	se cuenta con una carpeta donde reposan las capacitaciones brindadas al personal de enfermería.	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Estamos en Proceso de realizar los formularios que nos permitan medir la adherencia en e l personal.	se creo una carpeta en el correo del Jefe de urgencias que nos permite visualizar la continuidad de los formularios.	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Medición de la oportunidad de la atención	indicadores de gestión	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	se cuenta con carpeta de Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2020.		se cuenta con cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales,	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	No evidencia	No evidencia	0%
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	se tiene implementado un cronograma para las socialización de manuales de laboratorio al personal del área.	En el computador del laboratorio (documentos/ARCHIVOLABORATORIO2021/MANUALES), en físico archivados en la carpeta: socializaciones y adherencias laboratorio clínico 2021	33%
	Adherencia de la documentación propuesta			0%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal			0%
	plan de trabajo para evaluar al personal			0%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias		se cuenta con evidencias de actualización de manuales los cuales reposan en farmacia	33%
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica		Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	33%
	Socializar el proceso documentado			0%
	Evaluar la adherencia del proceso			0%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se realiza envió de bais semanal, mensual y trimestral para reportar eventos de interés en salud pública	Permanecen en el correo de urgencias y en la carpeta del Computador del Jefe de urgencias.	33%
	Socialización del formato aprobado	se socializa con Rosa que es la encargada de estadísticas.	Entrega de copias de los reportes de interés en salud publica inmediata .	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	la adherencia se evalúa con la revisión posterior que realizan los entes departamentales encargados del tema.	Recomendaciones y sugerencias en el correo de urgencias.	33%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	33%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	se realiza cruce bitácoras VS los traslados facturados reposan los soportes de los traslados	en el correo facturacionrondon@esemorenoyclavijo.gov.co y en el equipo de la cajera de facturación reposa también la información (mis documentos en una carpeta facturación 2021) TODAS LAS BITACORAS	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	se realiza actualización de autorización de emblemas de misión medica del parque automotor	La evidencia la tienen en subgerencia en salud.	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se realiza de manera oportuna.	En el informe de gestión que se remite a Subgerencia en salud.	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	se realiza correctamente el diligenciamiento de las bitácora a cargo de los auxiliares de enfermería el cual los traslados son reportados en el libro de remisiones APENAS SALE LA REMISION	los traslados son reportados en el libro de remisiones el cual es utilizado por los auxiliares de enfermería del aramea de urgencia y reposar en el área anteriormente mencionado.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	el formato de bitácora para referencia y contrareferencia esta actualizado con versión 04 el cual es diligenciado por los auxiliares de enfermería con supervisión del área de facturación y del jefe asistencial para cualquier traslado.	El cual este formato de <b>BITOCORA</b> versión 04 reposa en el área de urgencia, a cargo jefe asistencial ANDRES MENA	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.		evidencias permanecen en farmacia	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.		evidencias permanecen en farmacia	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.		evidencias permanecen en farmacia	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales		evidencias permanecen en farmacia	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización		evidencias permanecen en farmacia	33%

*Comprometidos con el bienestar de nuestra gente*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

#### 4.3.6 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Puerto Jordán, teniendo un resultado en el monitoreo del **71%**, están pendientes algunos temas como evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms, diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios, y demás controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. A continuación se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se cuenta con Dos médicos en el centro de salud, uno de ellos del servicio social obligatorio en el área de urgencias, y el otro medico es general en consulta externa y Pyp	Personal con contrato en el área asistencial. C:\Users\SISTEMAS\Documents\1.1 RUBEN\2021\CONTRATOS Y ESTAMPILLAS	16%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. En las actas de comités mensuales queda consignada la reunión que se hace entre facturación y pyp.	C:\Users\JEFE PYP\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\CAPACITACIONES Y COMITES PYP 2021\COMITE PYP	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. En las actas de comités mensuales queda consignada la reunión que se hace entre facturación y pyp.	C:\Users\JEFE PYP\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\CAPACITACIONES Y COMITES PYP 2021\COMITE PYP	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	En cada computador de la institución, se encuentra una carpeta con las guías y protocolos de atención.	C:\Users\JEFE PYP\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\GUIAS Y PROTOCOLOS DE PYP	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se diseño dicho cronograma teniendo en cuenta lo exigido.	C:\Users\JEFE PYP\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\CAPACITACION FUNCIONARIOS	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	Se diseñara los diferentes cuestionarios y/o evaluaciones para observar la adherencia a las guías de atención.		0%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se brindo capacitación en Sepsis en el embarazo, crisis hipertensivas y hemorragias obstétricas.	C:\Users\JEFE PYP\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\CAPACITACION FUNCIONARIOS	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Se realizo un cronograma donde se incluyen, la capacitación en guías de atención del parto, crisis hta en el embarazo, código rojo etc.	C:\Users\JEFE PYP\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\CAPACITACION FUNCIONARIOS	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Se diseñara los diferentes cuestionarios y/o evaluaciones para observar la adherencia a las guías de atención.		0%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	De manera mensual se realiza la medición por medio de la resolución 1552, la cual queda consignado en los indicadores que se envían a la Ese Moreno y Clavijo.	C:\Users\JEFEPPY\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\INFORMES MENSUALES POR EPS 2021\AGOSTO 2021\INDICADORES	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realizan comités de manera mensual y trimestral, donde se socializan el rendimiento en cada uno de los programas de Pyme , y los diferentes indicadores de gestión en la atención en salud.	C:\Users\JEFEPPY\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\CAPACITACIONES Y COMITES PYP 2021\COMITE PYP	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2019.	Se diseño dicho cronograma teniendo en cuenta lo exigido.	C:\Users\JEFEPPY\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\CAPACITACION FUNCIONARIOS	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	con la ayuda del ingeniero se crearan los cuestionarios para iniciar con la evaluación a la adherencia de guías y protocolos.		0%
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Se diseñara un cronograma para evaluar la adherencia de manuales y protocolos en el área de apoyo diagnostico. Y esta establecido un cronograma donde se capacito al personal sobre un protocolo de laboratorio clínico.	Pendiente por realizar el cronograma y empezarlo a llevar a cabo.	0%
	Adherencia de la documentación propuesta	En cuanto se establezca el cronograma se dará la puesta en practica y adherencia del mismo.		0%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se diseño un cronograma de temas de interés en salud publica, Pyme, y demás, el cual se empezó a poner en practica desde el mes de Julio 2021	C:\Users\JEFEPPY\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\CAPACITACION FUNCIONARIOS	33%
	plan de trabajo para evaluar al personal	En el mes de Noviembre cuando se de por terminado el plan de capacitaciones se realizara una evaluación teniendo en cuenta todos los temas brindados, la cual se hará de manera virtual.	cuando finalicen las capacitaciones se realizara dicha evaluación.	16%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	EL 10 DE JUNIO SE RECIBE CORREO DESDE LA SEDE CENTRAL EL CUAL REPOSA EN CARPETA DELA UPS-FARMACIA	D:\++++RESOLUCIONES FARMACIA 2021	33%
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	el manual de salud publica se encuentra actualizado y reposa en el equipo de computo del servicio de urgencias	el computador desde el día 31 de agosto presento virus borrando la información y quedando inservible, se envió al ingeniero de sistemas para el arreglo.	33%
	Socializar el proceso documentado	el manual de salud publica se encuentra actualizado y reposa en el equipo de computo del servicio de urgencias	el computador desde el día 31 de agosto presento virus borrando la información y quedando inservible, se envió al ingeniero de sistemas para el arreglo.	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	no se había realizado evaluación de adherencia	no se había realizado evaluación de adherencia	0%

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso			0%
	Socialización del formato aprobado			0%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso			0%
	Evaluación de la adherencia			0%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	33%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	mensualmente se realiza cruce de traslados según bitácoras versus los facturados, dando como resultado el 100% de los traslados facturados en el mes	C:\Users\SISTEMAS\Documents\1.1 RUBEN\2021\INFORME PRODUCCION C:\Users\SISTEMAS\Documents\1.1 RUBEN\2021\INFORME GESTION\2 TRIMESTRE	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	se solicitó al referente de misión médica de la ESE Moreno y Clavijo la autorización del emblema del parque automotor	C:\Users\SISTEMAS\Documents\1.1 RUBEN\2021\MISION MEDICA\OEU845 C:\Users\SISTEMAS\Documents\1.1 RUBEN\2021\MISION MEDICA\OLM775	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	las solicitudes de traslado las realiza el médico por medio del CRUE	como soporte tenemos las llamadas vía telefónica y los correos electrónicos enviados desde el correo de facturacionpuertojordan@ese-morenoyclavijo.gov.co dando respuesta en un aproximado de 30 minutos	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión médica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión médica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible misión médica hoja de traslado	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión médica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible misión médica hoja de traslado	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	LA FARMACIA CUENTA CON UN LIBRO DE REGISTRO DIARIO Y SEMANAL DE SALIDAS PARA LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN.	LIBRO DE ACTA FARMACIA - REGISTRO FORMULAS MEDICAS	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	SE REALIZA REPORTE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DEL MES EN LA PLATAFORMA VIGIFLOW POR PARTE DE LA AUXILIAR DE FARMACIA .	D:\8 INFORME DE AGOSTO\INDICADORES agosto\indicador 2	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	SE REALIZA DESCARGUE DE INVENTARIO DEL SISTEMA MORYCLA	D:\plan de acción 2021\3 itEn	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	SE REALIZA SEMAFORIZACION MENSUAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS .SE REALIZA ROTACION .SE REALIZA ACTA DE BAJA A LOS VENCIDOS .	D:\8 INFORME DE AGOSTO\INDICADORES agosto\indicador 4. D:\8 INFORME DE AGOSTO	33%

Comprometidos con el bienestar de nuestra gente

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

#### 4.3.7 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Panamá, teniendo un resultado en el monitoreo del **84%**, están pendientes algunos temas como evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms, diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios, y demás controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. A continuación se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se cuenta con un medico en el centro de salud, en cual atiende en todos los servicios PYM, consulta externa y urgencias 24 horas.	Personal con contrato por nomina 8 funcionarios, por OPS 12	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. En las actas de comités mensuales queda consignada la reunión que se hace entre facturación y PYM.	se realiza semanalmente el cruce en compañía de facturación, resolución 202. coordinadora PYM y coordinador del centro de salud que todo lo facturado concuerde con la 202 y PYM, diligenciando el formato establecido por la E.S.E	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. En las actas de comités mensuales queda consignada la reunión que se hace entre facturación y PYM.	se realiza semanalmente el cruce en compañía de facturación, resolución 202. coordinadora PYM y coordinador del centro de salud que todo lo facturado concuerde con la 202 y PYM, diligenciando el formato establecido por la E.S.E	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	En cada computador de la institución, se encuentra una carpeta con las guías y protocolos de atención.	se visualiza que cada equipo comuto en escritorio se encuentra la carpetas con las guías y protocolos.	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	se realiza cronograma de asignación de capacitaciones por servicios	se hace entrega de cronograma de socializaciones a cada servicio.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	se realiza cuestionario por medio físico del protocolo o guías a socializar	se realiza adherencia a cada guía y protocolo socializado	33%

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se realiza capacitaciones de todo lo relacionado con emergencia obstétrica a todo el personal de urgencias por parte del medico y jefe	re realiza evaluación de adherencia de las guías de emergencia obstétrica, firmas fotos simulacros	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Se realizo un cronograma donde se incluyen, la capacitación en guías de atención del parto, crisis hta en el embarazo, código rojo etc.	se entrega cronograma al medico y enfermeras para desarrollar las capacitaciones sobre todo lo relacionado de emergencia obstétrica	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Se diseñara los diferentes cuestionarios y/o evaluaciones para observar la adherencia a las guías de atención.		0%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	De manera mensual se realiza la medición por medio de la resolución 1552, la cual queda consignado en los indicadores que se envían a la ESE Moreno y Clavijo.	se envía los primeros días la resolución 1552 en donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos en la institución con una oportunidad de un día en asignación de la cita	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realizan comités de manera mensual y trimestral, donde cada líder de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso	se reúnen de manera mensual y trimestral todos los funcionarios de la institución para realización de los comités	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2019.	se realiza cronograma de capacitaciones de protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico	se entrega cronograma a cada líder de los procesos en el mes de enero de todas las capacitaciones que se van a desarrollar durante el año en curso	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	con la ayuda del ingeniero de la E.S.E se implementara los cuestionarios por google forms	oficio dirigido al a la E.S.E para solicitud del acompañamiento del ingeniero para implementar los cuestionarios por google forms	33%
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	el bacteriólogo de la institución realiza cronograma de capacitaciones de los manuales e los laboratorios dirigido al personal que laboa en la institución	se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	se realizo la adherencia a los funcionarios que trabajan en la institución sobre la documentación propuesta	fotos, firmas y evaluación	0%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	se realiza cronograma del plan de trabajo de que se va a desarrollar durante todo el año	se realiza entrega y se publica en la cartelera informativa de la institución cronograma a cada líder de los procesos en el mes de enero de todas las capacitaciones que se van a desarrollar durante el año en curso	33%
	plan de trabajo para evaluar al personal	se realiza evaluación de manera mensual del plan de trabajo por parte de coordinador del centro de salud	foros, firmas y evaluación	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se hace una carpeta con los manuales de procesos y procedimientos de farmacia y se se deja en escritorio del computador.	pendiente socialización por parte d ela regente de la sede central de la moreno y Clavijo	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	el manual de salud publica se encuentra actualizado y reposa en el equipo de computo del servicio de consulta externa y PYM	fotos, firmas y evaluación	33%
	Socializar el proceso documentado	Se socializo en el comité que se realiza de forma mensual el manual documentado a los funcionarios	fotos, firmas y evaluación	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	se realizo adherencia a cada guía y protocolo socializado	fotos, firmas y evaluación	0%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	se diseña un formato de seguimiento de los eventos en salud publica que se presentan en la institución	firmas	16%
	Socialización del formato aprobado	se da a conocer el formato a todos los funcionarios de la institución	firmas	16%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	se publica en cartelera informativa el reporte mensual de los eventos en salud publica que se presenta en cada ames	formato de reporte	16%
	Evaluación de la adherencia	se da a conocer los eventos	firmas	16%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.	16%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia atraves del formato y de los informes	16%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	mensualmente se realiza cruce de traslados según bitácoras versus los facturados, dando como resultado el 100% de los traslados facturados en el mes	Se evidencia a fin de mes el cruce de traslados de bitácoras facturados, dando como resultado un 90% debido a la falta de documentación de los usuarios.	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	se solicito al referente de misión medica de la ese moreno y Clavijo la autorización del emblema del parque automotor	se presenta la autorización del emblema de Misión Medica por parte de la ese moreno y Clavijo para la ambulancia adscrita al Centro de Salud Panamá	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	las solicitudes de traslado las realiza el medico por medio del CRUE	como soporte tenemos las llamadas vía telefónica y los correos electrónicos enviados desde el correo de facturacionpanama@esemorenoyclavijo.gov.c o dando respuesta en un aproximado de 20 minutos	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión medica	se lleva acta de ingresos del servicio de urgencias de los pacientes remitidos. Se diligencia bitácora de remisiones en el servicio de urgencias. se lleva registro bitácora de remisiones en la ambulancia.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contra referencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión medica	libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible misión medica hoja de traslado	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión medica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible misión medica hoja de traslado	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	La farmacia cuenta con un libro de registro de insumos para las diferentes área y formato de solicitud de necesidades	Se lleva un libro de acta de entrega de medicamentos a los usuarios y formato de necesidades a servicio de urgencias, laboratorio y odontología.	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	Se hacen los reportes en formato de forean m y se envían los 5 primeros días de cada mes en la pagina de viogiflow	Se realiza los reportes de farmacovigilancia en el formato foream y se reportan en la pagina de viogiflow los 5 primeros días de cada mes	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	el centro salud de panamá realiza el descargue de inventario de morycla.	Se realiza de forma diaria el descargue de medicamentos y dispositivos médicos en morycla y se hace un sierra a final del mes .	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se realiza semaforización de forma mensual de los medicamentos y dispositivos médicos, se envían de forma mensual los próximos vencer los 5 primeros días de cada mes, y se hace el descargue de vencidos en su respectivo formato	Se realiza de forma mensual la semaforización de medicamentos y dispositivos médicos, se trasladan medicamentos y dispositivos mi otros hospitales y sede central con el fin de disminuir los vencidos y se envían de forma mensual las actas de baja de medicamentos y dispositivos médicos a la regente de la sede central los 5 primeros días de cada mes.	33%

#### 4.4 PROCESOS DE EVALUACIÓN.

##### 4.4.1 GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión y aseguramiento de calidad, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. Se obtuvo un puntaje del **100%**, descrito en el cuadro a continuación:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Sanción por parte de la superintendencia de salud.	Diseñar formato de seguimiento de la ejecución de PAMEC	Se tiene formato, Autoevaluación y seguimiento PAMEC 2021.	GC-FO-021, guardado en D/misdocumentos/gestion2021/pamec2021	33%
	Socializar y realizar adherencia el formato	Se hace oficio a inicio de año, donde se da a conocer a cada uno de los responsables de PAMEC, de las actividades.	Oficio del 28 de enero y fechas de marzo 25 y junio 24, septiembre 23 y diciembre 20, para el cumplimiento de tareas. Se han hecho 2 evaluaciones de seguimiento.	33%
Desactualización de los documentos del sistema.	Levantar el Plan de Trabajo para la transición de la norma NTC GP:1000 a ISO 9001:2015	Se realizo un estudio y no se necesita la transición.	Se evidencia en digital en PC Gestion Calidad D/misdocumentos/gestioncalidad 2021	33%
	Seguimiento de ejecución Plan de Trabajo para la transición de la norma NTC GP:1000 a ISO 9001:2015	No se hizo necesario el seguimiento		33%
Desconocimiento de las guías, manuales, protocolos, procedimientos y formatos.	Realizar seguimiento a la adherencia de guías, manuales, protocolos, procedimientos y formatos en los procesos.	Se hizo seguimiento en el HSAT, el 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25 y 26 de agosto. Se inicia la proxima semana en la sede central.	Se evidencia informe de seguimiento HSAT, esta en D/misdocumentos/informesequimi entodocumentacionHSAT.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

#### 4.4.2 GESTIÓN JURÍDICA:

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión jurídica, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. Se obtuvo un puntaje del **100%**, descrito en el cuadro a continuación:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Direccionamiento de contratación en favor de un tercero.	Socializar Manual de Contratación	El manual se tiene desde el 2019, siendo socializado en la época.	se tiene planilla en fisico donde se socializó el manual.	33%	Realizar socialización y evaluación de adherencia.
	Realizar legalización de contratos dentro de los términos según Contratos Celebrados	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos.	33%	
	Realizar Contratos según solicitud en estudios previos presentados por los subgerentes, asesores o líderes de procesos	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos.	33%	
	Aplicar lista de chequeo a cada uno de los contratos elaborados	Se cuenta con lista de chequeo.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos.	33%	
	Cargar y Publicar en la pagina de SECOP y SIA	Se realizan los cargues al secop, ultimo día de cada mes y los 4 primeros de cada mes a SIA.	Los pantallazos respectivos.	33%	
Incumplimiento Legal	Realizar contestación de las demandas dentro de los términos	Se lleva con cuadro de control, se tiene actualizado con la ultima contestación del 9 de septiembre de 2021.	PC Oficina Jurídica C/Jurídica	33%	
	Actualización del normograma de la entidad	Se encuentra actualizado	Lo tiene SGC	33%	
	Realizar de respuestas a las acciones de tutelas de manera oportuna dentro de los términos	Se contestan dentro de los términos legales, se le hace seguimiento desde la oficina jurídica.	Reposan en la oficina del abogado externo, quien responde este tipo de acciones legales.	33%	
	Realizar legalización de contratos dentro de los términos según Contratos Celebrados	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos.	33%	
	Socialización y publicación del normograma de la entidad	Se encuentra socializado y legalizado, reposa en la oficina de calidad.	Lo tiene SGC	33%	

#### 4.4.3 GESTIÓN JURÍDICA:

A este proceso de Evaluación, pertenece el sistema de control interno, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2021. Se obtuvo un puntaje del **83%**, descrito en el cuadro a continuación:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Sanción por parte de la superintendencia de salud.	Actualización del normograma del proceso	Se encuentra una versión de febrero de 2020, falta actualización.	Se encuentra en la página <a href="http://www.esemoreno.gov.co">www.esemoreno.gov.co</a> , pestaña normatividad/sujetos obligados o rd territorial	16%
	verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditorías	Se realizó el 20 de abril, el cronograma anual de auditorías	Se tiene en físico, en la oficina de Control Interno.	33%
Desactualización de los documentos del sistema.	Entrega de Informes de acuerdo a las auditorías y seguimientos realizados	Se inició auditoría el 28 de julio, en el municipio de Tame	Se evidencia el inicio a través de oficio enviado a la directora del Hospital, el día 23 de julio. Ruta: C/archivoscontrolinternohistorico/2021/oficios, equipo apoyo a planeación.	33%

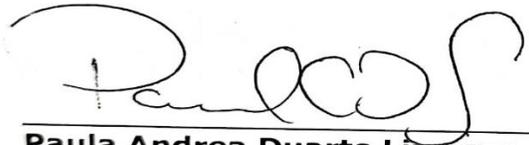
## 5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

- La metodología de seguimiento a través de las visitas a sitios de trabajo, permite lograr una interacción de la oficina de planeación, responsable del monitoreo, con cada uno de los líderes de procesos.
- Para el siguiente monitoreo, se visitarán los centros asistenciales que no se pudieron visitar en el presente ejercicio, como son Hospital de Puerto Rondón, Hospital Cravo Norte, Hospital de la Esmeralda y los centros de salud, de Panamá y Puerto Jordán.
- Fue común denominador la falta de adherencia y su evaluación, de las guías, protocolos y formatos, usados en cada uno de los procesos.
- Es necesario capacitar al personal responsable de procesos, en evaluaciones de adherencia, a través del formulario de Google Forms; para tal fin se le manifestó al líder de comunicaciones para montar un video tutorial al respecto.
- En algunos centros asistenciales falta la organización de información a través de una red, que permita manejar carpetas públicas donde se maneje la información de Gestión de Calidad y otros mecanismos de control.
- En términos generales, se está cumpliendo con los objetivos trazados a través del Mapa de Riesgos Institucional 2021, los procesos de apoyo y seguimiento y control con mayor relevancia, quedando tareas inmediatas para el proceso asistencial, que deben ser gestionadas por los responsables del mismo.
- Se debe dar una orientación desde Gestión de Calidad, para validar o actualizar guías, formatos y procedimientos, en cada una de las áreas de trabajo.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

- La información que reposa en los PC, debe quedar en un backup y de forma permanente, sin importar si el o los responsables sean cambiados, porque ahí está la evidencia de los controles que se establecieron en Mapa de Riesgos Institucional 2021.



**Paula Andrea Duarte Lizarazo**  
Asesor de Planeación

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)