MORENO & CLAVIJO
Empresa Social del Estado Departamental

CONSTRUYENDO FUTURO

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS *III CUATRIMESTRE* 2021

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

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

NIT: 900.034.131-8

VIGILADO Supersalud

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 SEGUMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL. 7
3. METODOLOGÍA. 9
4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO. 9
4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS. 9
4.1.1 SIAU 9
4.1.2 COMUNICACIONES. 10
4.1.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN. 11
4.2 PROCESOS DE APOYO 11
4.2.1 SUBGERENCIA EN SALUD. 11
4.2.2 PRESUPUESTO. 13
4.2.3 CONTABILIDAD. 14
4.2.4 CARTERA. 15
4.2.5 ALMACEN. 16
4.2.6 TESORERIA. 16
4.2.7 FACTURACIÓN. 17
4.2.8 GESTIÓN DOCUMENTAL. 19
4.2.9 TALENTO HUMANO. 19
4.2.10 GESTIÓN DE SISTEMAS. 20
4.2.11 GESTIÓN AMBIENTAL. 21
4.2.12 INFRAESTRUCTURA. 22
4.2.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ARÉA BIOMEDICA. 22
4.3 PROCESOS MISIONALES. 22
4.3.1 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME 22

4.3.2 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL. 25
4.3.3 HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA. 28
4.3.4 HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI 30
4.3.5 HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE. 32
4.3.6 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS..... 36
4.3.7 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL..... 39
4.3.8 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ.....42
4.4 PROCESOs DE EVALUACIÓN. 47
4.4.1 GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.....4 3
4.4.2 GESTIÓN JÚRIDICA:.....475
4.4.3 GESTIÓN JÚRIDICA:..... 46
5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES..... 47

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.

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, trasparencia, y confianza
- ✓ Toma de decisiones basadas en evidencias
- ✓ Vocación de servicio

1.4 VALORES.

- ✓ Honestidad
- ✓ Respeto
- ✓ Compromiso
- ✓ Justicia
- ✓ Diligencia
- ✓ Resilencia

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 Riegos se deben actualizar con fecha límite hasta el 31 de diciembre del 2021.

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 SEGUMIENTO 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:

CRONOGRAMA. III MONITOREO MAPA DE RIESGOS 2021			
PROCESO/ SUBPROCESO	**FECHA DE MONITOREO**	**HORA**	**LUGAR**
Atención Ambulatoria de consulta Externa	12/01/2022 AL 15/01/2022 - - - 13/01/2022	12/01/2022 HSAT 7:00 am - 12:00 m Y 2:00 pm a 5:00 pm- y el dia - - 13/01/2022 HSAT 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 trasporte al equipo de planeación, para los hospitales distantes de la sede central.
Atención Asistencial del Parto			
Apoyo Diagnóstico			
Salud Publica			
Traslado Asistencial			
Apoyo Terapéutico			
Gestión Presupuesto	12/01/2022	2:00 pm - 3:00 pmm	Sede central
Gestión Facturación	12/01/2022	3:00 pm - 4:00 pm	Sede central
Gestión Cartera	12/01/2022	4:00 pm - 5:00 pm	Sede central
Direccionamiento Estratégico			
	14/01/2022	7:00 am - 4:00 pm	Sede central
Gestión Ambiente Físico y Tecnológico	17/01/2022	7:00 am - 9:00 am	Sede central
Gestión Contabilidad	17/01/2022	9:00 am - 11:00 am	Sede central
Gestión Tesorería	17/01/2022	11:00 am - 12:00 pm	Sede central
Gestión Documental	17/01/2022	2:00 pm - 3:00 pm	Sede central
Gestión Talento Humano	17/01/2022	3:00 pm - 4:00 pm	Sede central
Gestión Control Interno	17/01/2022	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 en el sitio, revisando los soportes y evidencias de cada una de las actividades planteadas en el mencionado mapa. El control se llevó a cabo con el FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION, GPL-FO-004, Versión 3.

4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO.

4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS.

4.1.1 SIAU

En este proceso estratégico para la entidad, donde se maneja atención al usuario, al ciudadano y trasparencia 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 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 verificacion de nuevos trámites	Se cuenta con el manual actualizado.	Esta en archivo digital, Carpeta SIAU, subcarpeta GUIAS Y PROTOCOLOS	33%
	Socializacion de Procedimiento para la implementación y verificacion de nuevos trámites	Se envio correo a toda a la red hospitalaria, socializando el Manual, a traves de una presentación.	Buzones de correo institucional	**33%**
	Socializar en cada uno de los procesos el Manual de Gestion y Atencion 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 red 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:

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 backup, cada vez que se hace trabajo audiovisual.	Esta en un disco externo duro institucional. Ultimo backup realizado en el mes de diciembre 2021 por el area de gestion sistemas. Se trabaja directamente en dsico duro de la empresa.	**33%**
Divulgación de la información con posibles errores	Divulgaciones del portafolio de servicios de la oficina de información y prensa.	Se actualizo video de portafolio de servicios julio 26 2021 y actualizacion de portafolio de servicios en el mes de septiembre 2021	El video de portafolio, se encuentra en la pagina institucional de Facebook y la actualizacion de portafolio de servicio se encuentra en la pagina web, www.esemorenoyclavijo.gov.co en acceso y trasparencia de la información	**33%**
Incumplimiento a la normatividad	Socialización de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	Se realiza el apoyo de diseño, diagramacion y publicaciones de nuevos tramites, cuando sea necesario	se encuentran en pagina web y pagina facebook de la institucion.	**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 informacion al usuario	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de trasparencia 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 publicado en la Pagina 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 asistenciales de la red hospitalaria se han venido cumpliendo casi todas las

actividades, quedando pendiente medir e Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms, el porcentaje de cumplimiento fue del **93%.** 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	Durante el 3 cuatrimestre se mantuvo la misma contratacon de personal para la red hospitalaria, para el cumplimiento de actividades de PYM	Se evidencia en las solicitudes por correo institucional de subgerencia en salud. PC: PYM/informeshospitales/suficienciadepersonal	**33%**
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Se hace desde apoyo a PyM, 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/herramientapoblacingestante/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%**
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 2021	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	Se realizan al personal del area	Ruta: E/año2021/evaluaciones	**33%**
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se capacita personal a cargo de PyP.	Ruta: E/año2021/capacitaciones	**33%**
	plan de trabajo para evaluar al personal	Se evalúa personal a cargo de PyP.	Ruta: E/año2021/evaluaciones	**33%**
	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/manualesfarmacia modificados	**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 de farmacia. Farmacovigilancia.	Se evidencia manuales de procesos y procedimientos de farmacia	**16%**
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 atraves del formato y de los informes	**33%**
	Evaluación de la adherencia	Evaluación de la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	**33%**
Desvio de recursos financieros e Inclumplimiento 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/soportes/3,1traslados asistenciales, Equipo PC apoyo subgerencia en salud.	**33%**
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se solicitan a la UAESA 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 equipo de referencia y contrareferencia	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 relaccionan 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, de toda la red hospitalaria. Se realizo extemporaneo el reporte de tecnovigilancia en 0.	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	Se realizo a 31 de diciembre 2021. pendiente por consolidar centro de salu de panama, HSLA, HSRICARDO PAMPURI	Evidencia en correo de farmacia de la ESE. Disco local C. Regenciafarmacia/apoyoterapeutico/inventarios.	**33%**
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se hace mensualmente. Se hace seguimiento por medio de 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 **100%,** controles establecidos aquí en el mapa de riesgos, como se evidencia en el cuadro a continuación:

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/retenciondocumental/normograma	**33%**
Desactualización de procedimientos del proceso presupuestal	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se cuenta con el instructivo versión 2- 2016	Se evidencia C/presupuesto/retenciondocumental/año2021/presupuesto2022	**33%**
Desconocimiento del manejo del software	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se cuenta con el instructivo versión 2- 2017	Se evidencia C/presupuesto/retenciondocumental/año2021/presupuesto2022	**33%**
	Realizar Adherencia de los procedimientos documentados	Se realizo adherencia en el año 2021, en el mes feb	en medio magnetico:disco local C: presupuesto/retenciondocuemntal/2021	**33%**
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 SITEMA DE CLASIFICACIÓN ESTADISTICA 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 DE POLITCAS CONTABLES se tiene en físico, por el líder de contabilidad.	**33%**
	Adherencia de los controles diseñados	No evidencia	No evidencia	**0%**
Falta de envió 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 manual 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%**

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/manualdecartera. 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. La ultima acta de conciliacion del trimestre se realizó con Medimas el dia 15 de Diciembre 2021. Igualmente con la Unidad de Salud de Arauca, acta de conciliacion el dia 15 de Diciembre 2021.	**33%**
	Socialización procedimiento cartera	Se socializo el 28 de agosto 2020, 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 2020, con el área de auditoria y cartera.	Se evidencia a través de acta que reposa en físico en la oficina de cartera, donde se registró la actualizacion el manual de cartera y el reglamento interno del recaudo de cartera y procedimeinto para conciliacion 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 EPS que prestan el servicio como: Undad de Salud, Sanitas, Coosalud, Nueva EPS ,Capresoca, Seguros del Estado, Mundial de Seguros y otras.	Se evidencia a través digital PC escritorio/cartera/actasdecartera	**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 flujo de recursos. La ultima reunion de realizó el 10 de diciembre con Capresoca, unidad de Salud, Sanitas, Coosalud.	Existe formato estandarizado por Minsalud 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 **55%**, Falta la actualización de los inventarios en el último cuatrimestre y la publicación de la última actualización del PAA en la página web de la entidad, como también la socializaciones y adherencias de los formatos y guías de control, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Perdida de recursos físicos	Realizar el inventario físico de la Entidad	Se realiza cada 3 meses. En el mes de noviembre y diciembre 2021 se realizó visita para supervision en los HSFF,HSLA, HSJD con el fin de ajustar los inventarios de cada unidad. Los inventarios estan firmados por director de Hospital y funcionario de ESE Moreno y Clavijo.	No se evidencia el inventario en el del ultimo cuatrimeste y se tiene el del priimer cuatrimeste, Programa de inventarios- aplicativo de movil CAPTUR- de propiedad de la ESE en PC de Almacen:	**16%**
	Actualizar el manual de procedimientos de almacén	Se cuenta con manual de procedimientos actualizados con fecha de Julio de 2021	Ruta: C/2021/abril/xalmacen/almacenesemorenoyclavijo/gestiondecalidadambientefisicoytecnologicoesemyc/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 2021. Se hizo actualizacion de adicional el dia 04 de noviembre de 2021.	Ruta: C/2021/abrilxalmacen/alacenesemorenoyclavijo/planabualdeadquisiciones2021 No se publico en la pagina de la entidad.	**26%**
	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de dotación industrial	Se realizó el 20 de diciembre de 2021. Se realiza de acuerdo al cronograma que entrega el Ing Biomédico.	Ruta: en PC de Almacen: C:2021/almacen/xalmacen/almacenesemorenoyclavijo/2021	**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 trasferencia	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 de cartera 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%**

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
Liquidacion incorrectos de los servicios prestados al usuario	Socializacion periodica de la contratacion suscrita y vigente con las diferentes EPS	Se cuenta con esta información, de manera cuatrimestral esta convenido. Se realiza una vez se montan las actas temporales de inicio con las EPS.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciondiego/docfacturacion/12 lpst2021/socializacioncontratos2021	**33%**
	Seguimiento a los motivos de glosas y devoluciones de manera trimestral	Se hace seguimiento trimestral.	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 de contratos, tarifas, cambios presentados y otras actividades relacionadas.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciondiego/docfacturacion/12 lpst2021/socializacioncontratos2021	**33%**
	capacitación periodica al personal del proceso de facturación	Se realizan las capacitaciones correspondientes: en devoluciones, glosas e ingresos de personal nuevo a la institucion.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciondiego/docfacturacion/12 lpst2021/socializacioncontratos2022	**33%**
perdida de dinero por facturas devueltas	seguimiento los motivos de las facturas aceptadas y su responsable	Lo realiza el proceso de auditora y se esta cumpliendo efectivamente.	PC auditoria	**33%**
aumento de motivos de objecesiones por mayor valor cobrado	Socializacion oportuna de las minutas contractuales, otrosis o modificaciones que se realice	Se realizan las socializaciones correpondientes.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciondiego/docfacturacion/12 lpst2021/socializacioncontratos2021	**33%**
Incumplimiento de los indicadores de gestion	realizar informe de gestion e indicadores de manera trimestrar	Se hacen informes trimestrales y se envia al área de preseupuesto, contabilidad, cartera, subgerencia financiera y a planeacion.	PC Facturacion Ruta: D/facturacion2021/facturaciondiego/docfacturacion/12 lpst2021/informedegestion	**33%**
Facturación sin radicar los 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/facturaciondiego/docfacturacion/12 lpst2021/recibosfacturacion2021	**33%**
	Seguimiento de la facturación radicada en los tiempos de ley	Se realiza a traves de actas de facturacion 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 **100%**, falta desarrollar algunas actividades planteadas y la aprobación y publicación, como se evidencia en el siguiente cuadro:

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, se ha socializado y se publico en le pag web de la institucion	Se encuentra en gestión de calidad, aprobado del 5 de agosto 2021.	**33%**
	Ejecucion y seguimiento de PINAR (campañas de socilización de la responsabilidad en la organización de los archivos.	Ya se encuentra ejecutado y con seguimiento en el mes de noviembre de 2021	Se encuentran en: PC de correspondencia yen carpetas fisicas almacenadas en area de unidad de corespondencia y area de archivo de la ESE.	**33%**
	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 **100%**, falta la Socialización y publicación del proceso de Gestión del Talento Humano, como se evidencia en el siguiente cuadro:

ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
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 wahsapp	**33%**
Actualización del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	Se encuentra actualizado.	PC apoyo talento humano Ruta: C/gestiondetalentohumano/talentohumano2021/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.	www.esemorenoyclavijo.gov.co	**33%**
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	Se realizo el 30 de septiemnre 2021	pc: escritorio/carpetatalentohumano2021/planes/pamec2021	**33%**
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%**

4.2.10 GESTIÓN DE SISTEMAS.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **90%**, 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
Inclumplimiento a la normatividad	Actualizar y ajustar el plan de gestión integral de residuos solidos 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 solidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se socializo en el mes de septiembre 2021.	Se tiene de evidencias en las planillas de asistencia en físico, que reposan en la oficina del Ingeniero Ambiental, en la ESE.	**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 de manera trimestral, el ultimo fue presentado en el mes de Octubre 2021. Se está trabajando en el cuarto informe trimestral del 2021.	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 solidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se actualizó en septiembre de 2020, se hace cada 2 años.	Se tiene en el PC DE ingeniero de sistemas Ruta; C/esemorenoyclavijo/2021/pgirhs	**33%**
	Socializar el plan de gestión integral de residuos solidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se socializo en el mes de septiembre 2021.	Se tiene de evidencias en las planillas de asistencia en físico, que reposan en la oficina del Ingeniero Ambiental.	**33%**

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
Inclumplimiento a la normatividad	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de infraestructura fisica	Se solicita de manera trimestral por correo a los directores de hospitales y coordinadores de los centros de salud, deben enviarlo al correo institucional	Se tiene evidencia a traves de los formatos, que son enviados por los correos electronicos institucionales de los directores de los hospitales y coordinadores de los 2 centros de salud. Se evidenian los correos y los informes generados por cada institucion. Se entrega o remite al area de almacen y area financiera de la ESE.	**33%**

4.2.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ARÉA BIOMEDICA.

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 planes.	Radicado en almacén de la ESE, 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 **88%,** quedando pendiente para el próximo seguimiento la revisión, socialización y medición de la evaluación a la adherencia del proceso -- salud pública. 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 tienen 8 médicos de consulta externa y 4 en PyM	Contratos de personal.	**25%**
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal -SISPRO	Se trabaja desde febrero con la Resolución **202** de 2021, a través de la plataforma de cada EPS.	Se evidencian en los correos, en algunos casos la EPS entrega certificados.	**33%**
	Seguimiento de RIPS de forma permanente --- PYM	Se están diligenciando los formatos PYP-FO-104 Y 105	Están impresos en una carpeta en PYM, igual, se guardan en pdf digitalmente.	**33%**
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales ----- COORDINACIONMEDICA	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/medicos/protocolosyguias	**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.	**25%**
	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 - JEFE KAREN	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se encuentra actualizado	Esta en la red Drive/publico/manualesyprotocolos	**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	**33%**
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	No evidencia	No evidencia	**0%**
Inoportunidad de la atención ---- ESTADISTICA*SISTEMAS	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:Misdocumentos/carpetaestadistica, 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%**
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales EPIDEMIOLOGIA	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2021	Se tiene un cronograma	Esta en PC de epidemiologia: mis documentos/saludpublica/capacitaciones	**33%**
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	Se tiene evaluacion de adherencia en fisica	La ultima evaluacion se realizo el 14 nov 2021 /Proceso vigilancia epidemiologica, notificacion eventos de interes en salud publica. Se encuentra escaneado: misdocuementos/salud publica/seguimientoaadherencia	**33%**

Incumplimiento de la norma LABORATORIO-COORDINACION MEDICA-FARMACIA	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, en físico, 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/manualesyprotocolos	**33%**
	Actualizar y evaluar adherencia al manual de **salud Publica**	Se actualizó en el año 2021, Se tiene evaluacion de adherencia en fisica	La ultima evaluacion se realizo el 14 nov 2021 /Proceso vigilancia epidemiologica, notificacion eventos de interes en salud publica. Se encuentra escaneado: misdocuementos/salud publica/seguimientoaadherencia	**33%**
	Socializar el proceso documentado	Se ha socializado en cada dependencia, desde direccion se gestiona formato, se hace proceso y se envia informacion a TH de la ESE	En la inducción y reinducción.	**33%**
	Evaluar la adherencia del proceso -- **salud publica**	No evidencia	No evidencia	**0%**
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se tiene formato código 998 y 995, donde se registra de manera semanal, todos los lunes antes de las 3:pm los eventos de manera individual y colectivo.	PC: D/documentos/sivigila2018/archivosplanos/archivosplanos-51/sivigila	**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	El 20 de noviembre se hizo socializacion de cedreto 1374/de pras	**33%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se realizó en el mes de septiembre de 2021	Se encuentra en fisico	**33%**
	Evaluación de la adherencia	No evidencia	No evidencia	**0%**
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso ----PIC	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo codificado	**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 autorizado por calidad	**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.	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 Medica) 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 contrareferencia 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.001 Versión No 4	**33%**
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Desde dirección se autoriza, atraves de una planilla de acuerdo a donde se realice el traslado hay una cantidad asignada.	Se lleva un talonario que maneja la directora y lo verifica cada 2 días.	**33%**

Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos FARMACIA	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/recepciontecnica2021. y D:/misdocumentossolicitudes2021	**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 el reporte de diciembre 2021, reportado en los primeros 5 dias de enero 2022	**33%**
Desvíos de recursos físicos FARMACIA	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se llevan los Kardex de medicamentos y de medicoquirurgicos. En Morycla.	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 **81%,** quedando pendiente las evidencias por parte de la regente de farmacia, 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 conto con el personal	D:\AA HOSPITAL\CONTRATOS PERSONAL\2021	**33%**
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Se hace verificacion semanal del cumplimiento de las metas de produccion y prevencion facturado-registros diarios-sispro	red_192.168.01_informacion funcionarios_facturacion 2021_REVISION 4505 Y RIPS	**33%**
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se realiza revision semanal de rips por un exportado de SOCRATES de consultas y procedimientos.	red_192.168.01_informacion funcionarios_facturacion 2021_REVISION DE RIPS ULTIMO TRIMESTRE DEL AÑO	**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 esta se encuentra todo las guias, protocolos y manuales los cuales son socializados al personal de la institucion.	Carpeta ubicada en disco nuevo vol. (F) con el nombre de proceso misionales.	**33%**
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Socialisacion al personal asistencial de la institucion.	carpeta en físico con lista de asistencia.	**33%**
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	A espera que sea socializado por la cede central	No a sido enviado por la sede central.	**33%**

Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Falta actualizar estas guía ya que las que hay en la institución están obsoletas.	Carpeta ubicada en disco nuevo vol. (F) con el nombre de proceso misionales y dentro de ella esta hay una carpeta con el nombre de partos.	**33%**
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realizó la socialización a este personal como lo establece le crono grama que tenemos en físico y al funcionario que ingrese nuevo se socializa todas de una en una jornada.	carpeta en fisico con lista de asistencia.	**33%**
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	A espera que sea socializado por la cede central	No ha sido enviado por la sede central.	**0%**
	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.	Verificacion de agenda diariamente	Equipo de Estadistica	**33%**
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Se realiza acta trimestral de la 2193	Se reporta a la plataforma, por el ingeniero de sistemas.	**16%**
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 elabora cronograma en general donde queda estipulado el mes en que se realiza la socialización de manuales, guías y protocolos de laboratorio, para esto se tiene en cuenta la culminación o cambio de bacteriólogo SSO y fechas abiertas que dependen de las actualizaciones que se realicen directamente de la parte administrativa sede central (calidad), las cuales a su vez deben ser dadas a conocer internamente y deben ser socializadas.	Se encuentran contenidas en una carpeta en medio magnetico en el escritorio con el nombe de // MANUALES ACTUALIZADOS Y SOCIALIZADOS 2022	**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 elabora cronograma en general donde queda estipulado el mes en que se realiza la socialización de manuales, guías y protocolos de laboratorio, para esto se tiene en cuenta la culminación o cambio de bacteriólogo SSO y fechas abiertas que dependen de las actualizaciones que se realicen directamente de la parte administrativa sede central (calidad), las cuales a su vez deben ser dadas a conocer internamente y deben ser socializadas.	Se encuentran contenidas en una carpeta en medio magnetico en el escritorio con el nombe de // MANUALES ACTUALIZADOS Y SOCIALIZADOS 2022	**33%**
	Adherencia de la documentación propuesta	Se realizó un formato de LISTA DE CHEQUEO donde permite evaluar la adherencia al material socializado, a cada uno del personal del laboratorio.	Se encuentran contenidas en una carpeta en medio magnetico en el escritorio con el nombe de // MANUALES ACTUALIZADOS Y SOCIALIZADOS 2022	**33%**
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se lleva a cabo las diferentes capacitaciones, actualizaciones y socializaciones al personal del laboratorio de acuerdo con las necesidades que se presenten, las cuales quedan registradas en un formato diseñado y aprobado por caliad (SISTEMA INTEGRADO DE GESTION CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL)	Se encuentran contenidas en una carpeta en medio magnetico en el escritorio con el nombe de // MANUALES ACTUALIZADOS Y SOCIALIZADOS 2022	**33%**
	plan de trabajo para evaluar al personal	Cada Coordinador de Cada area tiene los soportes de capacitaciones realizados al personal.	SOPORTES FISICOS EN CADA AREA	**33%**
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	sin evidencia	sin evidencia	**33%**
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	Se realizó actualización del manual se Salud publica 2022, se cuenta con programación de socialización de fecha 27/01/2022 y evaluación de adherencia.	Reposa en carpeta ruta: red_ informacion funcionarios_SIVIGILA_Manuales	**33%**
	Socializar el proceso documentado	Se cuenta con programación de socialización de fecha 27/01/2022	Reposa en carpeta ruta: red_disco D_SIVIGILA_2022_Manuales y protocolos	**33%**
	Evaluar la adherencia del proceso	Se cuenta con programación de evaluación de fecha 27/01/2022	Reposa en carpeta ruta: red_disco D_SIVIGILA_2022_Manuales y protocolos	**33%**

Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se elaboró formato de seguimiento del reporte silencio epidemiológico de la UPGD y las IU derivadas del hospital y se envia para aporbacion y socializacion.	Reposa en carpeta ruta: red_disco D_SIVIGILA_2022_Manuales y protocolos	**33%**
	Socialización del formato aprobado	Se cuenta con programación de socialización de fecha 27/01/2022	Reposa en carpeta ruta: red_disco D_SIVIGILA_2022_Manuales y protocolos	**33%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se cuenta con lista de chequeo para evaluar de manera trimestral la adherencia y los reportes de silencio epidemiológico	Reposa en carpeta ruta: red_disco D_SIVIGILA_2022_Manuales y protocolos	**0%**
	Evaluación de la adherencia	Se elabora cronograma en general donde queda estipulado el mes en que se realiza la socialización de manuales, guías y protocolos de laboratorio, para esto se tiene en cuenta la culminación o cambio de bacteriólogo SSO y fechas abiertas que dependen de las actualizaciones que se realicen directamente de la parte administrativa sede central (calidad), las cuales a su vez deben ser dadas a conocer internamente y deben ser socializadas.	Reposa en carpeta ruta: red_disco D_SIVIGILA_2022_Manuales y protocolos	**16%**
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	elaborados	RUTA:PC/2021/FORTU/META	**33%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	elaborados	RUTA:PC/2021/FORTU/CONTROL	**33%**
	Evaluación de la adherencia	elaborados	RUTA:PC/2021/FORTU/EVALUACION	**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.	164 traslados realizados /164 traslados facturados según RIPS	Soportes en socrates(facturas)	**33%**
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Todos los vehículos cuentan con emblemas de misión medica algunos con deterioro y perdida de color.	Carpeta ubicada en disco nuevo vol. (F) se encuentra la evidencias fotográfica	**33%**
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Durante este periodo fue oportuno la aceptación de los usuarios a segundo nivel de atención, cuando no se conto con disponibilidad en Saravena se remitieron al hospital san Vicente.	En Sócrates se evidencias las historias clínicas como soporte.	**33%**
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se diligenciaron correctamente ya que bitácora que presentara hallazgo se devolvía al funcionaria para ser corregida, estas son revisadas por el jefe del servicio, cajero y apoyo administrativo.	Verificación mensual de bitácora en medio físico y se anexa factura	**33%**
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Este formato ya se ajustó cambiando la versión a espera que envíen preimpreso por parte de la sede central.	Soporte que reposa en la sede central	**33%**
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Selleva control tanto Fisico y Magnetico del control de combustible mensual. En formato establecido por la sede central GES-FO-010 CONTROL DE COMBUSTIBLE	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	No hay evidencia	**0%**
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	No hay evidencia	**0%**
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se hacen los Kardex en el MORYCLA	D:\AAHOSPITAL\ALMACEN\2021 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,	No hay evidencia	**0%**

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 **79%,** quedan muchas tareas por cumplir, sobretodo en el manejo de guías y formatos, se evidencian socializaciones y pero es necesario el acompañamiento de ingeniero de sistema y capacitación al personal para implementar los cuestionarios por google forms se cumplen en su gran mayoría los controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional. 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, 4 auxiliares en el servicio de urgencia las cuales estan contratadas por nominas 2 auxilires para demanda inducida contratadas por ops 3 auxiliares de nefermeria para sericio de vacunacion por ops, 1 higinista oral,		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	se esta realizando de manera quincenal revision de los RIPS en conjunto con la auxiliar encargada de la 202, la coordinadora de facturacion, coordinadora del PYM, coordinador del cs panama esto con el fin de verificar que todo este facturado se este cumpliendo con las metas y coretamente, ingresado en la resoluion 202		se diligencia formato estipulado para la respectiva verificacaion el cual va firmado por facturacion, PYM, coornidaor cs panama y auxiliar de 202	**33%**
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	se realiza revision de RIPS de manera oportuna con el fin de que todo este facturado corretamente con los codigos correspondiente y que este ingresado a la 202 y que se este cumpliendo la metas.		se realiza semanalmente y mensualmente por parte del coordinador cs panama y PYM, coordinadora facturacion seguimento se realiza acta de compromisos	**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 institucion, se encuentra una carpeta con las guias y protocolos de atencion.		se visualiza que cada equipo computo en escritorio se encuentra la carpetas con las guias y protocolos realizando socializacion de cada uno con su respectiva adherencia	**33%**
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	se realiza socializacion de las guias y protocolo por parte de los funcionarios que laboran cs panama		se diligencia lsta de asistencia y adherencia alas guias por medio de evaluciones escritas	**33%**
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	se realiza cuestario por medio fisico del protocolo o guias a socilizar		se realiza adherencia a cada guia y protocolo socializado por medio de evaluaciones en fisico	**33%**
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	se revisa y se actuliza de manera trimestral las guias de maternidas de emercia obstetrica por parte del medico la jefe y auxiliares de enfermeria		se aplica lo actualizado en la ruta maternidad	**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 capacitacion en guias de atencion del parto, crisis hta en el embarazo, codigo rojo al personal que labora cs panama por parte del medico y enfermera jefe .		firmas y evaluciones en medio fisicoal personal	**33%**
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Se realiza adherencia de los guias de maternidad segura por evaluaciones en medio fisico ya que cs panama no cuenta con el progrma de google forms		evaluaciones y firmas, Se requiere de la instrucciones del ingeniero para la creacion de cuestionarios en la red.	**16%**
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	De manera mensual se realiza la medicion por medio de la resolucion 1552, la cual queda consignado en los indicadores que se envian a la Ese Moreno y Clavijo.		se envia la los correos de la ESE MORENO los primeros dias la resolucion 1552 en donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos en la institucion con una oportunidad de un dia en asignacion de la cita	**33%**
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realizan comites de manera mensual y trimestral, donde cada lider de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso		actas de cada comité los cuales se envian acada lider de los proceso de la ESE MORENO Y CLAVIJO.	**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, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiologico		se entrega cronograma a cada lider 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 aponpañamiento del ingeniero para implementar los cuestionarios por google forms	**0%**
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	el bacteriologo de la institucion realiza cronograma de capacitaciones de los manuales e los laboratorios dirigido al personal que laboa en la institucion		se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual. Fotos firmas y evaluacion	**33%**
	Adherencia de la documentación propuesta	se realizo la adherencia a los funcionariso que trabajan en la institucion sobre la doocumantecion propuesta		fotos, firmas y evaluacion	**33%**
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	se realiza cronograma del plan de trabajpo de que sva a desarrollar durante todo el año y realiza la respectiva socilizacion al personal que labora en la institucion.		socializacion, firmas y fotos.	**33%**
	plan de trabajo para evaluar al personal	se raliza evaluacion de manera mensual del plan de trabajo por parte de coordinador del centro de salud		fortos, firmas y evaluacion	**33%**
	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 consulta externa y PYM		fotos, firmas y evaluacion	**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 evaluacion	**33%**
	Evaluar la adherencia del proceso	se realizo adherencia a cada guia y protocolo socializado		fotos, firmas y evaluacion	**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 institucion		firmas	**33%**
	Socialización del formato aprobado	se da a conocer el formato a todos los funcionarios de la institucion		firmas, fotos	**33%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	se publica en cartelera informativa el reporte mensula de los eventos en salud pablica que se presenata en cada mes		formato de reporte	**0%**
	Evaluación de la adherencia	se da a conocer los eventos por parte de la jefe encargada del proceso salud publica.		firmas	**0%**
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento		Formato de calidad	**33%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se da adherencia en cada uno de los procesos		Se hace adherencia atraves del formato y de los informes	**33%**
	Evaluación de la adherencia	Se evalua la adherencia		evaluaciones y firmas y fotos.	**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 bitacoras versus los facturados, dando como resultado el 100% de los traslados facturados en el mes		Como evidencia se dejan las facturas impresas de cada remision en su respectiva historia clinica de urgencias.	**33%**
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	se solicito al referente de mision medica de la ese moreno y clavijo la autorizacion del emblema del parque automotor		Se hace evidencia a traves de informes.	**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 y CORREO		como soporte tenemos las llamadas via telefonica y los correos electronicos enviados desde el correo de facturacionpanama@esemorenoyclavijo.gov.co dando respuesta en un aproximado de 20 minutos	**0%**
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Los libros de actas o bitacoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitacora, ademas se diligencia el formato de traslado de pacientes y mision medica		libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitacora de remisiones (servicio de urgencias) bitacora 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 bitacoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitacora, ademas se diligencia el formato de traslado de pacientes y mision medica		libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitacora de remisiones (servicio de urgencias) bitacora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible - registro de combustible mision 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 bitacoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitacora, ademas se diligencia el formato de traslado de pacientes y mision medica		libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitacora de remisiones (servicio de urgencias) bitacora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible mision medica hoja de traslado	**16%**
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 HA SEGUIDO DILEGENCIANDO EL LIBRO DE REGISTRO DIARIO Y SEMANAL DE SALIDAS PARA LAS DIFERENTES AREAS DE ATENCION.		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 DIAS DEL MES EN LA PLATAFORMA VIGIFLOW POR PARTE DE LA AUXLIAR DE FARMACIA .		D:\8 INFORME DE DICIEMBRE\INDICADORES agosto\indicador 2	**33%**
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	SE REALIZO INVENTARIO Y SE HIZO DESCARGUE EN EL SISTEMA MORYCLA		D:PLAN DE ACCION 2021/3 ITEN	**33%**
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	SE REALIZA LA SEMAFORIZACION MENSUAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS . .SE REALIZA ACTA DE BAJA A LOS VENCIDOS . SE REALIZA ACTAS DE PROXIMOS A VENCER		D:/8 INFORME DE DICIEMBRE /INDICADORES DICIEMBRE /INDICADOR 4. INFORME DICIEMBRE	**33%**

4.3.4 HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI

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 **71%,** quedan muchas tareas por cumplir, sobre todo en el manejo de guías y formatos, se evidencian socializaciones y pero es necesario el acompañamiento de ingeniero de sistema y capacitación al personal para implementar los cuestionarios por google forms se cumplen en su gran mayoría los controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional. 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 2 médicos y PyP 1 médico, urgencias 3 medicos.	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 de coordinadora de PYM E:HSRP PYM/HSRP/HSRP DOCUMENTOS PYP/A2022/MAPA DE	**33%**
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace de acuerdo a la contratacion y matriz con la Res. 3280	Facturacion entrega los rips impreso de forma diaria a la coordinadora de pym para realizar seguimiento y verificacion de los rips	**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 protocolosyguias	**33%**
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se realizan las socializaciones de acuerdo al cronograma de socializaciones programadas para el año	se llevan evidencias en AZ de socializaciones 2021 con listado de asistencia, evaluacion y registro fotografico.	**33%**
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	Se realizan las socializaciones de acuerdo al cronograma de socializaciones programadas para el año	se llevan evidencias en AZ de socializaciones 2021 con listado de asistencia, evaluacion y registro fotografico.	**16%**
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se evidencia; norma tecnica para la atencion del parto,guia de parto II y IV periodo, codigo rojo,guia de practica clinica, partograma.	Se tiene en forma digital, PC de salud publica y en la red local C:\Users\HP\Desktop\6. GUIAS Y PROTOCOLOS\GUIAS Y PROTOCOLOS PARTO	**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	Se evidencia; norma tecnica para la atencion del parto,guia de parto II y IV periodo, codigo rojo,guia de practica clinica, partograma	Se tiene en forma digital, PC de salud publica y en la red local C:\Users\HP\Desktop\6. GUIAS Y PROTOCOLOS\GUIAS Y PROTOCOLOS PARTO	**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 consultorio de salud publica, Capacitaciones seguridad del paciente.	**16.5%**
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/estadistica/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.	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%**

incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	No evidencia	No evidencia	**0%**
	Adherencia de la documentación propuesta	No evidencia	No evidencia	**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 ultima 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/manual de farmacovigilancia	**33%**
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	Se tiene el ultimo manual	Se encuentra en el PC de salud publica D:escritorio/2. #DOC. JEFE # IVAN #\1. #INFORMES#/sivigila	**33%**
	Socializar el proceso documentado	Se tiene actualizado y documentado las normas, guías y protocolos covid y desnutricion aguda	evidencia fotografica y listas de asistencia	**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 C:\Users\HP\Desktop\2. #DOC. JEFE # IVAN #\1. #INFORMES#\1. INFORME	**33%**
	Socialización del formato aprobado	Se socializa en el comité de vigilancia epidemiológica los BAI	Se tienen en carpetas digital que radican en el pc de salud publica	**33%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	No evidencia	No evidencia	**0%**
	Evaluación de la adherencia	No evidencia	No evidencia	**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%**
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 C:\Users\HP\Desktop\2. #DOC. JEFE # IVAN #\1. #INFORMES#\5. INFORMES INTERNOS MENSUAL\3. OXIGENO Y REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA\3. INFORMES POLA REFERENCIA	**33%**
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con el parque automotor con el emblema.	evidencia fisica y fotografica	**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 urgencias 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 ordenes medicas revisando la historia clina con la la auxiliar de turno para que quede todo devidamente facrtuado, internamente se diligencian formatos de solicitud de medicamentos y dispositivos médicos y se reciben con acta de recepción.	Se evidencia ordenes medicas en físico y los formatos y actas de forma digital, en PC de farmacia en documentos/farmacia2021/informe de farmacia	**33%**
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNOVIGILANCIA, 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%**

4.3.5 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 **100%,** se cumplen con 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:

Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se cuenta con planta de personal completa	Personal con contrato en el área asistencial.	**33%**
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	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	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 implementara en la red de la ips la carpeta publica de guías y protocolos para darle cumplimiento a los procesos	**33%**
	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 físico	**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	Listados de asistencia	**33%**
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Guías actualizadas	Evaluaciones	**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 .	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 capacitaciones al 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	SE ENCUENTRA IMPRESO Y ARCHIVADO EN EL AREA DE FARMACIA A DEL H.S.J.C.N Y ES EL MANUAL NUEVO ACTUALIZADO CON SU RESPECTIVAS FIRMAS.	**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	Se evalúa el proceso y las evaluaciones se archivan en físico en una carpeta que se llama adherencia de guías en el área de urgencias. Pendiente verificación de	**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	Si hay 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%**

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 Medica) 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%**

4.3.6 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 **93%,** están pendientes Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Pública, 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 incompleta, 3 médicos 1 de P y M	Personal con contrato en el área asistencial.	**33%**
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Se trabaja con la Res. 202 de 2021, se genera los rips de contrato, se verifican, se cargan en plataforma y se hacen las correcciones.	Se evidencia en las plataformas de SIGIERES, en el caso de la nueva eps. Se evidencia en el PC de Sispro D:salvar/todoslosripscargadosalsiguiere C: informedeproduccion/año2021/agosto	**33%**
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace de acuerdo a matriz con la Res.3280	Se tiene en archivo digital en PC de facturacion en disco C	**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 informacion	drive/publica/manualesprotocolosyguias	**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	se han desarrollado evaluaciones solicitadas de la sede central-	se cuenta con pantallazos	**33%**
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	No se evidencia la guia, pero se tienen manual de atencion en sala de partos, protocolo de inervenciones intraparto y parto instrumental, protocolo de pinzamiento de cordon y guia de trabajo de parto.	se tiene en forma digital, PC, urgencias.	**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.	No se evidencia la guia, pero se tienen manual de atencion en sala de partos, protocolo de inervenciones intraparto y parto instrumental, protocolo de pinzamiento de cordon y guia de trabajo de parto, se hace las inducciones y respectivas capacitaciones.	se tieen en fisico en urgencias, capacitaciones, seguridad del paciente	**33%**
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	se evidencia evaluacion de las socializaciones.	se tieen en fisico en urgencias, capacitaciones, seguridad del paciente	**33%**
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	atraves de la egenda, se toma la informacion estadistica.	se evidencia en digita en el PC de estadistica. D:datos/drives/estadistica/año	**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 2020.	existe cronograma para el 2021	se encuentra en el pc de salud publica.	**33%**
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	se realizan las evaluaciones	se encuentran pantallazos	**33%**

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.	esta en el pc de salud publica.
	Adherencia de la documentación propuesta	se hace reporte por medio de link, mensual se baja la base de datos.	se encuentra archivo en el link establecido en google .com.forms
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	no se encuentra evidencia	no hay evidencia
	plan de trabajo para evaluar al personal	cada lider capacita a su personal de acuerdo a la normatividad vigente.	se tiene evidencia en PC de PYM y urgencias en carpeta fissica.
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	la ultima actualizacion es de nov 2020 para actualizar.	se cuenta con evidencias de actualización de manuales los cuales reposan en PC de Farmacia
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	se tiene el ltimo manual	se encuentra en el pc de salud publica.
	Socializar el proceso documentado	estan actualizados	se encuentra en el pc de salud publica.
	Evaluar la adherencia del proceso	no evidencia	no evidencia
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
	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.
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	No evidencia	No evidencia
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.
	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
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes
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.	libro fisico y las vitacioras se guardan en pc de facturacion y se deja copia en el area de archivo.
	Autorización de emblemas (Misión Medica) 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
	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
	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 pc de facturacion
	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 y en la pc de facturacion
	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 con la bitacora y controlada por el director.
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 recepción.	Se evidencia factura en físico y los formatos y actas de forma digital, en PC de farmacia

Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNOVIGILANCIA, 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%**

4.3.7 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 ,por ende es necesario la capacitación del personal con el acompañamiento del ingeniero de sistemas y el líder de comunicación siendo necesario para 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 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\JEFEPYP\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\JEFEPYP\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\JEFEPYP\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\JEFEPYP\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.	no se tiene evidencia Se requiere de la instrucciones del ingeniero o el lider de comunicaciones para la creación de cuestionarios en la red.	**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\JEFEPYP\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\JEFEPYP\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%**
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\JEFEPYP\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\JEFEPYP\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\JEFEPYP\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.	No se tiene evidencia Se requiere de la instrucciones del ingeniero o el lider de comunicaciones para la creación de cuestionarios en la red.	**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.Se requiere de la instrucciones del ingeniero para la creación de cuestionarios en la red.	**0%**
	Adherencia de la documentación propuesta	En cuanto se establezca el cronograma se dará la puesta en practica y adherencia del mismo.	No hay evidencia	**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\JEFEPYP\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%**
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 atraves 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 solicito al referente de misión medica 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 medico por medio del CRUE	como soporte tenemos las llamadas vía telefónica y los correos electrónicos enviados desde el correo de facturacionpuertojordan@esemorenoyclavijo.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 medica	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 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%**
	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%**

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 solicito al referente de misión medica 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 medico por medio del CRUE	como soporte tenemos las llamadas vía telefónica y los correos electrónicos enviados desde el correo de facturacionpuertojordan@esemorenoyclavijo.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 medica	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 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%**
	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%**

4.3.8 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 **89%,** 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 ,por ende es necesario la capacitación del personal con el acompañamiento del ingeniero de sistemas y el líder de comunicación siendo necesario para 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	Contratacion 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, 4 auxiliares en el servicio de urgencia las cuales estan contratadas por nominas 2 auxilires para demanda inducida contratadas por ops 3 auxiliares de nefermeria para sericio de vacunacion por ops, 1 higinista oral,	Personal con contrato por nomina 8 funcionarios, por OPS 12	**33%**
	Realizar cruce de la informacion de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	se esta realizando de manera quincenal revision de los RIPS en conjunto con la auxiliar encargada de la 202, la coordinadora de facturacion, coordinadora del PYM, coordinador del cs panama esto con el fin de verificar que todo este facturado se este cumpliendo con las metas y coretamente, ingresado en la resoluion 202	se diligencia formato estipulado para la respectiva verificacaion el cual va firmado por facturacion, PYM, coornidaor cs panama y auxiliar de 202	**33%**
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	se realiza revision de RIPS de manera oportuna con el fin de que todo este facturado corretamente con los codigos correspondiente y que este ingresado a la 202 y que se este cumpliendo la metas.	se realiza semanalmente y mensualmente por parte del coordinador cs panama y PYM, coordinadora facturacion seguimento se realiza acta de compromisos	**33%**
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a traves de la red dando a conocer todas las guias, manuales, protocolos institucionales	En cada computador de la institucion, se encuentra una carpeta con las guias y protocolos de atencion.	se visualiza que cada equipo computo en escritorio se encuentra la carpetas con las guias y protocolos realizando socializacion de cada uno con su respectiva adherencia	**33%**
	Socializacion de las guias protocolos y normas institucionales	se realiza socializacion de las guias y protocolo por parte de los funcionarios que laboran cs panama	se diligencia lsta de asistencia y adherencia alas guias por medio de evaluciones escritas	**33%**
	Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	se realiza cuestario por medio fisico del protocolo o guias a socilizar	se realiza adherencia a cada guia y protocolo socializado por medio de evaluaciones en fisico	**33%**
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	se revisa y se actuliza de manera trimestral las guias de maternidas de emercia obstetrica por parte del medico la jefe y auxiliares de enfermeria	se aplica lo actualizado en la ruta maternidad	**33%**
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalizacion y atencion del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolucion 2003 de 2014.	Se realizo capacitacion en guias de atencion del parto, crisis hta en el embarazo, codigo rojo al personal que labora cs panama por parte del medico y enfermera jefe .	firmas y evaluciones en medio fisicoal personal	**33%**
	Evaluar la adherencia de guias de maternidad a traves del programa google forms	Se realiza adherencia de los guias de maternidad segura por evaluaciones en medio fisico ya que cs panama no cuenta con el progrma de google forms	evaluaciones y firmas en fisico, Se requiere de la instrucciones del ingeniero para la creacion de cuestionarios en la red.	**16%**
Inoportunidad de la atención	Realizar medicion a la oportunidad de la atencion de consulta general	De manera mensual se realiza la medicion por medio de la resolucion 1552, la cual queda consignado en los indicadores que se envian a la Ese Moreno y Clavijo.	se envia la los correos de la ESE MORENO los primeros dias la resolucion 1552 en donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos en la institucion con una oportunidad de un dia en asignacion de la cita	**33%**
	Realizar Comité de Gestion y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atencion .	Se realizan comites de manera mensual y trimestral, donde cada lider de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso	actas de cada comité los cuales se envian acada lider de los proceso de la ESE MORENO Y CLAVIJO.	**33%**
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiologico del año 2019.	se realiza cronograma de capacitaciones de protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiologico	se entrega cronograma a cada lider 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 traves 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 aponpañamiento del ingeniero para implementar los cuestionarios por google forms	**33%**

incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluacion de adherencia a manuales de laboratorios.	el bacteriologo de la institucion realiza cronograma de capacitaciones de los manuales e los laboratorios dirigido al personal que laboa en la institucion	se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual. Fotos firmas y evaluacion	**33%**
	Adherencia de la documentación propuesta	se realizo la adherencia a los funcionariso que trabajan en la institucion sobre la doocumantecion propuesta	fotos, firmas y evaluacion	**26%**
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	se realiza cronograma del plan de trabajpo de que sva a desarrollar durante todo el año y realiza la respectiva socilizacion al personal que labora en la institucion.	socilizacion, firmas y fotos.	**33%**
	plan de trabajo para evaluar al personal	se raliza evaluacion de manera mensual del plan de trabajo por parte de coordinador del centro de salud	fortos, firmas y evaluacion	**33%**
	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 consulta externa y PYM	fotos, firmas y evaluacion	**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 evaluacion	**33%**
	Evaluar la adherencia del proceso	se realizo adherencia a cada guia y protocolo socializado	fotos, firmas y evaluacion	**16%**
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 institucion	firmas	**16%**
	Socializacion del formato aprobado	se da a conocer el formato a todos los funcionarios de la institucion	firmas, fotos	**16%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	se publica en cartelera informativa el reporte mensula de los eventos en salud pablica que se presenata en cada mes	formato de reporte	**16%**
	Evaluacion de la adherencia	se da a conocer los eventos por parte de la jefe encargada del proceso salud publica.	firmas	**16%**
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de calidad	**16%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se da adherencia en cada uno de los procesos	Se hace adherencia atraves del formato y de los informes	**16%**
	Evaluacion de la adherencia	Se evalua la adherencia	evaluaciones y firmas y fotos.	**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 bitacoras versus los facturados, dando como resultado el 100% de los traslados facturados en el mes	Como evidencia se dejan las facturas impresas de cada remision en su respectiva historia clinica de urgencias.	**33%**
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	se solicito al referente de mision medica de la ese moreno y clavijo la autorizacion del emblema del parque automotor	Se hace evidencia a traves de informes.	**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 y CORREO	como soporte tenemos las llamadas via telefonica y los correos electronicos enviados desde el correo de facturacionpanama@esemorenoyclavijo.gov.co 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 bitacoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitacora, ademas se diligencia el formato de traslado de pacientes y mision medica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitacora de remisiones (servicio de urgencias) bitacora 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 bitacoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitacora, ademas se diligencia el formato de traslado de pacientes y mision medica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitacora de remisiones (servicio de urgencias) bitacora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible mision 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 bitacoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitacora, ademas se diligencia el formato de traslado de pacientes y mision medica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitacora de remisiones (servicio de urgencias) bitacora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible mision medica 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.	SE HA SEGUIDO DILEGENCIANDO EL LIBRO DE REGISTRO DIARIO Y SEMANAL DE SALIDAS PARA LAS DIFERENTES AREAS DE ATENCION.	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 DIAS DEL MES EN LA PLATAFORMA VIGIFLOW POR PARTE DE LA AUXLIAR DE FARMACIA .	D:\8 INFORME DE DICIEMBRE\INDICADORES agosto\indicador 2	**33%**
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	SE REALIZO INVENTARIO Y SE HIZO DESCARGUE EN EL SISTEMA MORYCLA	D:PLAN DE ACCION 2021/3 ITEN	**33%**
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	SE REALIZA LA SEMAFORIZACION MENSUAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS . .SE REALIZA ACTA DE BAJA A LOS VENCIDOS . SE REALIZA ACTAS DE PROXIMOS A VENCER	D:/8 INFORME DE DICIEMBRE /INDICADORES DICIEMBRE /INDICADOR 4. INFORME DICIEMBRE	**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 ejecucion de PAMEC	Se tiene formato, Autoevaluacion y seguimiento PAMEC 2021.	GGC-FO-021, guardado en C:/users/stella.acevedo/documentos/gestion2021/sogc2021/pamec2021/formatodeeutoevaluacionyseguimientopamec2021	**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.	Hace parte de las auditorias trimestral para el cumplimiento de tareas. Se hicieron 4 evaluaciones de seguimiento, con su respectivo analisis y recomendaciones.	**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 para la transicion de la norma, se determino que no es necesario cambio, se continua con la NTC:GP:1000	Registrado en acta de Comité de Gestion y Desempeño del 26 de agosto de 2021, de presentacion de plataforma estrategica de la ESE.	**33%**
	Seguimiento de ejecucion Plan de Trabajo para la transición de la norma NTC GP:1000 a ISO 9001:2015	Según item anterior, no se hace necesario el seguimiento	Reqistrado en acta de Comité de Gestion y Desempeño del 26 de agosto de 2022	**33%**
Desconocimiento de las guias, manuales, protocolos, procedimientos y formatos.	Realizar seguimiento a la adherencia de guias,manuales,protocolos,procedimientos y formatos en los procesos.	En el ultimo cuatrimestre se realizaron visitas a: HSAT, HSFF,HSLA, HSJD, la ultima actualizacion se realizo en el HSJD de Puerto Rondon el dia 17 de diceimbre 2021	Se evidencia informe de seguimientos en D:/misdocumentos/informeseguimientos	**33%**

4.4.2 GESTIÓN JÚRIDICA:

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 físico 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 lideres 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 CONTROL INTERNO:

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 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.	Actualizacion del normograma del proceso	Se encuentra actualizado	Se encuentra en la pagina www.esemoreno.gov.co, pestaña normatividad/sujetosobligadosordenterritorial Se encuentra en Pc de apoyo control Interno.	**33%**
	verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditrorias	Se realizó el 20 de abril, el cronograma anual de auidtorias	Se tiene en fisico, en la oficina de Control Interno.	**33%**
Desactualización de los documentos del sistema.	Entrega de Informes de acuerdo a las auditorias y seguimientos realizados	Se radicaron auditorias, la ultima se radicó el 03 de Enero de 2022	Se evidencia publicacion en pagina web institucional.	**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 y los que no se pudieron visitar en el presente ejercicio, como son Hospital de Puerto Rondón, Hospital Cravo Norte, Hospital Esmeralda, Hospital de arauqita, Hospital Fortul 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 el acompañamiento por parte del líder de comunicaciones y el ingeniero de sistemas para capacitar al personal responsable de los procesos para realizar evaluaciones de adherencia y montar videos, tutorial a través del formulario de Google Forms.
- 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.
- El resultado del Monitoreo de tercer cuatrimestre del Mapa de Riesgo

Institucional se concluye el logro alcanzado es del 95% de los objetivos fijados para la vigencia 2021.

- 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