



Informe mapa de riesgos I Cuatrimestre 2022



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

Tabla de Contenido

INTRODUCCION.....	4
1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	5
1.1 MISIÓN.....	5
1.2 VISIÓN.	5
1.3 PRINCIPIOS.....	5
1.4 VALORES.....	5
1.5 MAPA DE PROCESOS.....	6
1.6 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	6
2. CRONOGRAMA SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.	7
3. METODOLOGÍA.	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.....	17
4.2.7 FACTURACIÓN.....	18
4.2.8 GESTIÓN DOCUMENTAL.....	19
4.2.9 TALENTO HUMANO.	20
4.2.10 GESTIÓN DE SISTEMAS.....	21
4.2.11 GESTIÓN AMBIENTAL.	22
4.2.12 INFRAESTRUCTURA.	22
4.2.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ÁREA BIOMEDICA.....	23
4.3 PROCESOS MISIONALES.....	23

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.3.1	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME.....	23
4.3.2	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL.....	26
4.3.3	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA.....	27
4.3.4	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE.....	28
4.3.5	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.....	32
4.3.6	HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	32
4.3.7	CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL.....	36
4.3.8	CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ.....	38
4.4	PROCESOs DE EVALUACIÓN.	40
4.4.1	GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.....	40
4.4.2	GESTIÓN JÚRIDICA:	41
4.4.3	CONTROL INTERNO: ¡Error! Marcador no definido.	
5.	CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.	43

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

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 2022, 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 2022.

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 22 de abril de 2022 a los correos institucionales, con el cronograma, para después visitar a cada uno de los líderes de procesos, haciendo el monitoreo institucional y así validar de primera mano la información sobre las actividades o acciones tomadas con el Mapa de Riesgos Institucionales 2022. 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 los Centro de Salud de Panamá y Puerto Jordán; con ellos se validaron informes de gestión con cada uno de los directores, coordinadores y personal responsable.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

1.1 MISIÓN.

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

1.2 VISIÓN.

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

1.3 PRINCIPIOS.

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

1.4 VALORES.

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

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

1.5 MAPA DE PROCESOS.



1.6 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

El 30 de enero de 2022, fue publicado en la página web de la ESE Moreno y Clavijo el Mapa de Riesgos vigencia 2022.

La elaboración del Mapa de Riesgos se inició en diciembre del 2022 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.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

La guía para la elaboración del mapa de riesgos, fue actualizada por la Función Pública en diciembre 2020, este cambio hace que el Mapa de Riesgos y la política del Riesgos se actualiza con fecha límite hasta el 31 de diciembre del 2022.

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

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

2. CRONOGRAMA SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

De acuerdo a lo planteado para el seguimiento del mapa de riesgos institucional 2022, se desarrolló el siguiente cronograma de trabajo:

SEDE CENTRAL		
RESPONSABLE DEL PROCESO	FECHA	HORA
Comunicaciones	Lunes 02-MAY 2022	8:00 am – 10:00 am
SIAU	Lunes 02-MAY 2022	10:00 am - 11:00 am
Sistemas de la Información	Lunes 02-MAY 2022	11:00 am-12:00 pm
Control Interno	Lunes 02-MAY 2022	2:00 pm -3:00 pm
Asesor Jurídico	Lunes 02-MAY 2022	3:00 pm -4:00 pm

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

SUBGERENTE DE SALUD		
Salud Pública	Lunes 02-MAY-2022	4:00 pm -5:00 pm
Urgencias Hospitalarias	Martes 03-MAY-2022	8:00 am – 10:00 am
Unidades Asistenciales Lab. Clínico y RX	Martes 03-MAY-2022	10:00 am - 11:00 am
Consulta Externa	Martes 03-MAY-2022	11:00 am- 12:00 pm
Farmacia	Martes 03-MAY-2022	2:00 pm -3:00 pm
Traslado Asistencial	Martes 03-MAY-2022	3:00 pm -4:00 pm
Gestión Calidad Calidad	Martes 03-MAY-2022	4:00 pm -5:00 pm
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
Archivo	Miércoles 04-MAY-2022	8:00 am – 9:00 am
Talento Humano	Miércoles 04-MAY-2022	9:00 am - 11:00 am
Infraestructura	Miércoles 04-MAY-2022	11:00 am - 12:00 am
Sistemas	Miércoles 04-MAY-2022	2:00 pm - 3:00 pm
Contabilidad	Miércoles 04-MAY-2022	3:00 pm - 4:00 pm
Facturación	Miércoles 04-MAY-2022	4:00 pm - 5:00 pm
Cartera	Jueves 05-MAY-2022	8:00 am – 10:00 am
Presupuesto	Jueves 05-MAY-2022	10:00 am - 12:00 pm
Almacén	Jueves 05-MAY-2022	2:00 pm- 3:00 pm
Ambiental	Jueves 05-MAY-2022	3:00 pm -3:00 pm
Archivo	Jueves 05-MAY-2022	3 :00 pm -5:00 pm

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

HOSPITAL Y CENTROS DE SALUD		
RESPONSABLE DEL PROCESO	FECHA	HORA
SOLICITUD DE INFORMACIÓN PRESENCIAL		
Hospital de Arauquita	Lunes 09-MAY 2022	8:00 am – 3.00 pm
Hospital de Esmeralda	Martes 10-MAY 2022	8:00 am – 3.00 pm
Hospital de Fortúl	Miercoles 11-MAY 2022	8:00 am – 3.00 pm
Hospital de Tame	Jueves 12-MAY 2022	8:00 am – 5:00 pm
SOLICITUD DE INFORMACIÓN VIRTUAL		
Hospital de Puerto Rondón	Viernes 03-MAY 2022	08:00 am – 5:00 pm
Hospital de Cravo Norte	Martes 03-MAY-2022	08:00 am – 5:00 pm
Centro de Salud de Panamá	Martes 03-MAY-2022	08:00 am – 5:00 pm
Centro de Salud de Puerto Jordán	Martes 03-MAY-2022	08:00 am – 5:00 pm

3. METODOLOGÍA.

La metodología empleada para el desarrollo del seguimiento y monitoreo al Mapa de Riesgos Institucionales 2022, fue hacer visita a los líderes de proceso institucional, 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 transparencia de la información, se visitó la coordinación SIAU de la sede central y la de tres (3) hospitales de la red de

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

prestación del servicio; se pudo evidenciar que se están cumpliendo en un **75%** las 4 actividades propuestas para mitigar los riesgos, con algunas observaciones para tener en cuenta en el segundo cuatrimestre del 2022. Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total de este cuatrimestre evaluado:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Levantamiento de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	No se cuenta con el manual actualizado.	Esta en archivo digital, Carpeta SIAU, subcarpeta GUIAS Y PROTOCOLOS	0%
	Socialización de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	durante el primer trimestre del año 2022 se realizó socialización de tramites en la red hospitalaria .	en archivo digital se observa registro de asistencia a socialización en usuarios y funcionarios	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	escritorio, SIAU 2022, Informe mensual	33%
	Aplicación del consolidado de las PQRSDF tanto en las IPS como en la sede Central.	Se realizo el consolidado de manera mensual, del primer trimestre del 2022	Esta en archivo digital, escritorio de SIAU 2022, Actividades SIAU, Matriz de reporte mensual	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 3 meses incluyendo el trabajo audiovisual.	Esta en un disco externo duro institucional. Ultimo backup realizado en el mes de Enero 2022 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 encuentra en realizacion un video sobre el portafolio de servicios, se encuentra en actualizacion dicho portafolios.	se observa portafolio de servicios dentro de la pagina institucional	33%
Incumplimiento a la normatividad	Socialización de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	Se realiza publicaciones de nuevos tramites, cuando sea necesario	Durante el primer trimestre del 2022 no se han realizado implementacion de nuevos tramitres	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.1.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

En cuanto a este proceso de relevancia por el tema estadístico, se han venido cumpliendo casi todas las actividades, quedando pendiente diseñar, socializar la adherencia del formato de control de los informes de los procesos que deben estar publicado en la página web , 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 dropbox, Se encuentran las carpetas de la validación y informes de manera mensual Se evidencia en el informe de gestión del proceso en el primer trimestre del 2022	33%
	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Recepción de la información estadística mensual antes de los 10 días hábiles	Carpeta en el pc de sistemas de información se encuentra el seguimiento estadístico de unidades asistenciales. Se evidencia en el informe de gestión del proceso.	33%
Baja disponibilidad de información al usuario	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	Capacitación desde el área de SIAU	Carpeta de capacitaciones SIAU	33%
	Diseñar, socializar y realizar adherencia de formato de Control de todos los informes de los procesos que deben estar 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 en el cual se encuentra dentro del informe de gestión	Se encuentra en el Informe de Gestión del proceso	33%

1

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, el porcentaje de cumplimiento fue del **67%**. Falta Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contra referencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia es necesario realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial. Se recomienda realizar plan de trabajo para evaluar al personal y socializar para medir la adherencia. Lo anterior se evidencia en el cuadro a continuación:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Durante el 1 cuatrimestre se realizo un aumento en la contratacion de personal en la red hospitalaria. Para desempeñar actividades en la parte de PYM.	Se evidencia solicitudes desde subgerencia de salud hacia la oficina de talento humano, de igual forma las convocatorias en las redes sociales	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/año2022/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/herramientapoblaciongestante/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/año2022/informes hospitales/evaluaciongooglematernoperinatal/evaluaciontrimestre	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se realiza un consolidado sobre la oportunidad de la cita. En el cual se observa informe	La informacion la cuenta sistemas de informacion; ruta: Documentos/ plan de accion 2022 / primera evaluacion	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realiza comité de gestion y desempeño institucional de forma trimestral	se observa actas de reunion fisicas y digitales	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 2022	Se cuenta con cronograma y socialización.	Se observa cronograma digital en el cual se realiza en la red hospitalaria	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	No evidencia	No evidencia	0%
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	No se evidencia	No se evidencia	0%
	Adherencia de la documentación propuesta	No se evidencia	No se evidencia	0%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	No se evidencia	No se evidencia	0%
	plan de trabajo para evaluar al personal	No se evidencia	No se evidencia	0%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra actualizado a noviembre de 2020. (se realizo integracion del 3100 GEMMA-001 Versión 4	Ruta: Pc regente: Disco local C/ Regente farmacia / Escritorio/ Apoyo terapeutico / Farmacia/ Manuales	33%
	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	Se cuenta con actualizacion de los manuales en la vigencia del 2021 y actualizacion de Resgistro de informacion de autopsias verbales para los casos sospechosos de covid 19 -VEP-	Los soportes se encuentran en calidad	33%
	Socializar el proceso documentado	Se realizaron socializacion mediante el correo institucional.	se encuentran las evidencias de la socializacion en el correo saludpublica@esemorenoyclavijo.gov.co	33%
Evaluar la adherencia del proceso	No evidencia de farmacia. Farmacovigilancia.	Se evidencia manuales de procesos y procedimientos de farmacia	16%	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se hace a través las BAI (Busqueda Activa de sintomaticos Institucional) de	Se encuentra consolidado en el PC de salud publica: escritorio- sivigila	20%
	Socialización del formato aprobado	Se socializa los resultados del BAI en el Comité de Vigilancia	Se tienen en carpetas digital que radican en el pc de salud publica	0%
	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	Elaborar procedimiento de los PIC	Formato sin codificar	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	20%
	Evaluación de la adherencia	Evaluación de la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	20%
Desvío de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Se observa que los hospitales envían informes cuatrimestrales en el cual se observa los traslados realizados y se realiza la comparación de lo facturado.	Ruta: Ms documentos / plan de acción / 2022 / primera evaluación de seguimiento / soporte para procesos de traslado asistencial	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	Se solicitan a la UAESA a través de oficios y/o correos.	Se observa solicitud en físico	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se observa que los hospitales envían informes cuatrimestrales en el cual se observa los traslados realizados y se realiza la comparación de lo facturado.	Ruta: Ms documentos / plan de acción / 2022 / primera evaluación de seguimiento / soporte para procesos de traslado asistencial	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	se observa envío de las certificaciones de las bitácoras en las red Hospitalaria	Ruta: Ms documentos / plan de acción / 2022 / primera evaluación de seguimiento / soporte para procesos de traslado asistencial	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	No evidencia	No evidencia	0%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se observa envío de los hospitales el registro de consumo de combustible;	Ruta: Ms documentos / plan de acción / 2022 / primera evaluación de seguimiento / soporte para procesos de traslado asistencial	0%
	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 relacionan los formatos de manera mensual GFM-FO.018 y se reciben en medio magnético. Los hospitales solicitan los primeros 5 días de cada mes	Ruta: Pc regente de farmacia Disco local C / Regente de farmacia / Escritorio / Apoyo terapéutico / Indicadores farmacias / 2022
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 realizó extemporáneo el reporte de tecnovigilancia en 0. Se observa recepción de la información	Pantallazos del programa. Se tienen en digital PC Farmacia sede central, Ruta: C/regente farmacia 2020/escritorio/apoyoterapeutico/indicadores.	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se realizó a 31 de diciembre 2021. Se realiza de manera semestral, esta pendiente el de Junio	Evidencia en correo de farmacia de la ESE. Disco local C. Regencia farmacia/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 (semaforización). De igual forma se observa consolidado de cargue de la información y se realiza seguimiento en	Ruta: Pc regente de farmacia Disco local C / Regente de farmacia / Escritorio / Apoyo terapéutico / Indicadores farmacias / 2022	33%

4.2.2 PRESUPUESTO.

Este proceso, que es parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un resultado del **80%**, Se recomienda hacer actualización de procedimiento del proceso presupuestal para la vigencia 2022, como se evidencia en el cuadro a continuación:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de la Norma por desconocimiento de la misma	Actualización del normograma	Esta actualizado, no se encuentran hallazgos para realizar actualización	Se evidencia en: Equipo presupuesto, Disco local, Presupuesto, Retención documental, 2021	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/retención documental/año2021/presupuesto2022	0%
Desconocimiento del manejo del software	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se cuenta con el instructivo versión 2- 2017	Se evidencia C/presupuesto/retención documental/año2021/presupuesto2022	33%
	Realizar Adherencia de los procedimientos documentados	Se realizó adherencia en el año 2021, en el mes febrero	en medio magnético: disco local C: presupuesto/retención documental/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 SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA del DANE y con la Resolución 1355 de 2020, anexo 1 y 2, versión 3.	33%

4.2.3 CONTABILIDAD.

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

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

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 de manera digital y su última actualización del 28 de abril del 2021, actualmente no se observan hallazgos para realizar nuevamente actualización	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 anualmente las amortizaciones, en este tiempo solo se están manejando las de licencias antivirus, la última vez que se realizó la licencia fue en abril del 2022	El manual DE POLITICAS CONTABLES se tiene en físico, por el líder de contabilidad, de igual forma se tiene actualizado la resolución 414 sobre empresas que no captan valores ni recursos públicos.	33%
	Adherencia de los controles diseñados	No evidencia evaluación de adherencia a los controles	No evidencia evaluación de adherencia a los controles	0%
Falta de envío de acta por parte de almacén para el registro	Adherencia de los controles diseñados	Hay controles diseñados para conciliar por medio de actas con almacén.	Se encuentran en el 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, en dinámica	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:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

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	Durante el primer trimestre del 2022 no hubo modificaciones dentro del normograma ya que no se encontraban cambios en la normatividad (Se tiene manual de cartera actualizado de fecha 27 de agosto 2020)	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normativa cartera y glosas; de igual forma se tiene 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 registros de asistencia, al municipio de arauquita, Hospital san Antonio de Tame, Fortul y Pampuri.	33%
Crecimiento en el monto y edad de cartera	Actas de conciliación de saldos de cartera	Se hacen las conciliaciones, se realizan cada trimestre	Se están utilizando actas de reunión con firma digital, pero reposan en físico. La última acta de conciliación del trimestre se realizó en el 2020 en Marzo, con dirección de sanidad Militar. Convida	33%
	Socialización procedimiento cartera	Durante el primer trimestre del 2022 no hubo modificaciones dentro del normograma ya que no se encontraban cambios en la normatividad (Se tiene manual de cartera actualizado de fecha 27 de agosto 2020)	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normativa cartera y glosas; de igual forma se tiene 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.	Actualmente no se han realizado procedimientos, políticas ya que no se han encontrado hallazgos para modificación	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normativa cartera y glosas; de igual forma se tiene en físico en la oficina de cartera.	33%
Iliquidez para la ejecución presupuestal, incumplimiento de metas de recaudo	Requerimientos y respuesta oportuna a solicitudes realizadas	Se realizan cruces de saldos de cartera con las EPS que prestan el servicio durante el primer trimestre del 2021: Unidad de Salud, Comeva, sanitas, salud vida, Nueva EPS, café salud, mutualser, confenalco valle	Se evidencia a través digital PC en el correo de cartera	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 última reunión se realizó 04 de marzo del 2022 Crue, mesa flujo de recursos 22 de Marzo con superintendencia de salud	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 **50%**, faltan realizado inventarios y Socialización manual actualizado, socializaciones de adherencias de los formatos y guías de control, como se evidencia en el siguiente cuadro:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Pérdida de recursos físicos	Realizar el inventario físico de la Entidad	No se ha realizado inventarios, se tiene proyectado uno para finales de Mayo	No evidencia	0%
	Actualizar el manual de procedimientos de almacén	Se encuentra actualizado de 17 de enero de 2020, no se han encontrado hallazgo para actualización	Ruta: Pc Almacen / Carpeta disco local C / 2022 / Manuales	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 2022. Se hizo actualización de adicional el día 28 de Diciembre de 2021. para vigencia 2022	Ruta: Disco local c / plan anual de adquisiciones	33%
	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de dotación industrial	Se realizó en diciembre de 2021, para vigencia del 2022 Se realiza de acuerdo al cronograma que entrega el Ing Biomédico. Durante el primer trimestre se realizó las actividades contempladas	Ruta: Disco Local C / 2022 / Plan de mantenimiento Hospitalario	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	OBSERVACIONES
Desvíos de recursos financieros a favor de un tercero	Diseñar formato de control de transferencia	Se cuenta con el formato	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Mis documentos/bancocajasocia /bancoagrario2022.	33%	Se encuentra por meses y por institución.
	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: Mis documentos/bancocajasocia /bancoagrario2022.	33%	Se maneja en archivo plano, de igual forma se cuenta con una carpeta física por mes y banco
	Realizar pagos por sede	Se cuenta con el formato, se tiene por mes y por sede.	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Mis documentos/bancocajasocia /bancoagrario2022.	33%	Se reciben el paquete para pagos por municipios y así mismo se realiza la transferencia.
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; Se encuentran en los portales del banco y en dinámica.	33%	Se descarga el movimiento diario de banco y se registran los movimientos en el boletín diario de tesorería.
	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%	Se hace semanal o cuando se presente algún ingreso o la necesidad
	Registro en libros los ingresos dentro del mes correspondiente	Las notas bancarias o recibos de caja.	En el software dinámica gerencial	33%	Se hace registro para el boletín de tesorería
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%	Se realiza los primeros 5 días de cada mes
	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 en físico, están firmados por el contador, tesorero y cartera	33%	Se cuentan con las actas de conciliación de tesorería, en físico, donde se reúnen área contable con tesorería. Última acta de conciliación en el mes de abril con corte a Marzo el día 6 de Abril. Por parte de cartera se realiza el formato conciliación de ingresos recaudos tesorería y cartera GCR-FO-006 - Se registra conciliación.
	Registro en libros de movimientos dentro del mes correspondiente	Se lleva como recibos de caja	En el software dinámica gerencial, por banco y por mes.	33%	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.2.7 FACTURACIÓN.

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

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Liquidación incorrectos de los servicios prestados al usuario	Socialización periódica de la contratación suscrita y vigente con las diferentes EPS	Se realizan reuniones virtuales con las diferentes centros asistenciales de la red. Se informa el valor y el tipo de contratación. este trimestre se realizó legalización de la contratación.	PC Facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. Facturación, Facturación 2022, Mapa de riesgos.	33%
	Seguimiento a los motivos de glosas y devoluciones de manera trimestral	Se hace seguimiento trimestral.	En el PC de auditoría, se encuentra en Jota vas y se archiva en físico por carpeta y por eps	33%
Personal con conocimientos deficientes e insuficientes	Realizar socializaciones periódicas 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 Facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. Facturación, Facturación 2022, Mapa de riesgos.	33%
	capacitación periódica al personal del proceso de facturación	Se realizan las capacitaciones correspondientes: en devoluciones, glosas e ingresos de personal nuevo a la institución lo capacita cada coordinador	PC Facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. Facturación, Facturación 2022, Mapa de riesgos.	33%
perdida de dinero por facturas devueltas	seguimiento los motivos de las facturas aceptadas y su responsable	Lo realiza el proceso de auditoría y se está cumpliendo efectivamente.	PC auditoría/ Jota vas / se pasa las aceptaciones a cartera	33%
aumento de motivos de objeciones por mayor valor cobrado	Socialización oportuna de las minutas contractuales, otrosis o modificaciones que se realice	Actualmente solo se han realizado una capacitación macro, por la firma primatura de los contratos.	PC Facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. Facturación, Facturación 2022, Mapa de riesgos.	33%
Incumplimiento de los indicadores de gestión	realizar informe de gestión e indicadores de manera trimestral	Se hacen informes trimestrales y se envía al área de subgerencia financiera	PC Facturación Ruta: Equipo disco local C 1. Facturación, Facturación 2022, Informe de gestión 2022	33%
Facturación sin radicar los servicios prestados	seguimiento al envío de la facturación física por las unidades asistenciales los primeros 05 días de cada mes	se reciben desde los hospitales se tienen carpetas digitales por mes y municipio.	PC Facturación Ruta: Facturación//192.168.1.2Z, Scanner facturas	33%
	Seguimiento de la facturación radicada en los tiempos de ley	Se realiza a través de actas de facturación radicadas, de manera mensual.	Se tiene en medio físico, en la conciliación que se hace con cartera.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.2.8 GESTIÓN DOCUMENTAL.

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	OBSERVACIONES
Pérdida de documentacion	Aprobación, publicación, socialización y aplicación del SIC (Sistema Integrado de conservación) en su componente Plan de Conservación Documental	El documento esta aprobado, se ha socializado y se publico en le pag web de la institucion, con el fin de conservar la informacion se le da organizacion, descripcion y digitalizacion al SIC	Se encuentra en gestión de calidad, aprobado del 5 de agosto 2021. La informacion esta disponible para verificar en el computador de la unidad de correspondencia	33%	Publicacion en pag web de la institucion, modulo transparencia
	Ejecucion y seguimiento de PINAR (campañas de socialización de la responsabilidad en la organización de los archivos.	De acuerdo con instrucciones impartidas en la vigencia del 2021 en noviembre, se realizo nota interna en el cual compartio informacion de manera virtual socializando a cada uno de los proceso los compromisos para la organización de archivos.	La informacion disponible se encuentra en el pc de Archivo y en fisico almacenadas en area de archivo de la ESE.	33%	asi mismo se le realizaron indicaciones a correspondencia en base al Pinar
	Realizar seguimiento y control para verificar la organización de los Archivos de Gestión y aplicación de las TRD (Tablas de retencion documental).	a la fecha se le ha realizado seguimiento y control a las actas de juntas directivas y actos administrativos (Resoluciones) disponibles en forma fisica o digitales, en su caso en el pc de correspondencia	Se adjuntó 2 documentos comprimidos y registro fotograficos, los cuales evidencian trazabilidad a comunicaciones oficiales.	33%	durante el primer trimestre, se avanza en la organización del archivo central, del cual se requiere realizar todos los procedimientos de clasificacion, distribucion y descripcion, organizando la contratacion en salud de la vigencia 2005 a 2019
	Diligenciar los FUID (Formato unico de inventario documental) de cada unos de los Municipios y Sede Central, correspondiente al Archivo de Gestión.	Se elaboro inventario documental en la oficina juridica y el inventario de la vigencia del 2020	Se adjunta Excel con informacion de inventarios documentales, de lo cual se permite evidenciar.	33%	El inventario realizado son con vigencias del 2015, 2016 y 2017 de igual forma la vigencia 2020; en cada uno de los hospitales se encuentra el inventario documental de las historias clinicas.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.2.9 TALENTO HUMANO.

Este proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **55%**, falta la Socialización de los planes de talento humano al equipo de trabajo del mismo, Se sugiere realiza procedimiento para la legalización de cuentas y su socialización del procedimiento para legalización de cuentas de contratistas también es necesario realizar reunión con la asesora jurídica para revisar el tema del normograma y su verificación para la publicación, como se evidencia en el siguiente cuadro:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Favorecimiento a través de la contratación de servicios favor de Terceros	Realizar adherencia formato de control para realización de contratos personal según necesidad.	Se lleva un formato para tal fin GTH-FO-062 Versión No 1.	PC de Líder Talento Humano Ruta: escritorio/talento humano/formatos.	33%
	Levantar el procedimiento para legalización de cuentas de contratistas.	No se evidencia procedimiento para legalización de cuentas . Solo se observa una relacion que envia los municipios.	no se evidencia	0%
	Socialización procedimiento para legalización de cuentas de contratistas.	No se evidencia procedimiento por ende no se realizo socializacion	no se evidencia	0%
Incumplimiento a la normatividad	Actualización del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	Actualmente no se encuentran hallazgos para realizar actualizacion de normograma	PC apoyo talento humano Ruta: C/gestiondetalento humano/ talentohumano2022/normog	20%
	Socialización y publicación del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	No se observa socializacion y publicacion del normograma	No se observa evidencia	0%
Desconocimiento de los procesos y procedimientos del proceso	Actualización del Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano	Se continua con el manual de funciones del 2019	PC de Líder Talento Humano Ruta: escritorio/talento humano/fmanualesgth	25%
	Socialización y publicación del proceso de Gestión del Talento Humano	Se realizo el 30 de septiembre 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%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.2.10 GESTIÓN DE SISTEMAS.

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

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar el normograma de gestión sistemas y tecnologías	El normograma se encuentra actualizado.	Se encuentra inmerso en el PETIN	33%
	Actualizar los procedimientos	Se encuentran actualizados.	Pagina Web, servidor de la entidad.	33%
	Actualizar el proceso y procedimientos necesarios	Se encuentran actualizados.	Pagina Web, servidor de la entidad.	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 y se realizan de forma trimestral	33%
Incumplimiento de la normatividad	Actualizar el normograma	El normograma se encuentra actualizado.	Se encuentra inmerso en el PETIN	33%
	Actualizar los procedimientos según normograma	Se encuentran actualizados. Se creó el formato GST-FO-017 para copia en seguridad e información digital.	Esta en gestión de calidad / no hubieron hallazgos para realizar actualización de formatos.	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	Actualmente se encuentra en ejecución la adherencia de la documentación actualizada	los formatos están en proceso de medición en la adherencia a través de la evaluación de los indicadores de la Red Hospitalaria	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.2.11 GESTIÓN AMBIENTAL.

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

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar y ajustar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGRHS	Actualmente se encuentra actualizado desde septiembre de 2020, por el cual tiene una vigencia indeterminada o que se encuentre la necesidad normativa	Se tiene el el pc Ingeniero ambiental, equipo, documentos, ambiental ese, ese myc, 2021, Pgrhs	33%
	Socializar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGRHS	No se ha realizado Socializacion, por lo que no han hallado cambios en la normatividad	durante el primer trimestre del 2022 no se ha realizado socializaciones	33%
	Actualizar normograma de gestión ambiental	Se tiene actualizado	Ruta: Pc PC Ingeniero Ambiental Ruta: C/esemorenoyclavijo/2021/normogramagestionambiental	33%
	Informe de ejecución del plan PGRHS y plan de mantenimiento hospitalarios de residuos hospitalarios	Se realiza a través del informe de gestión de manera trimestral, el ultimo fue presentado el 08 de Abril del 2022 .	Ruta: Pc PC Ingeniero Ambiental Ruta: Ambienta ese myc / 2022 / informacion / informe de gestion 2022	33%
Desconocimiento de los procedimientos y protocolos del proceso	Actualizar y ajustar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGRHS	Actualmente se encuentra actualizado desde septiembre de 2020, por el cual tiene una vigencia indeterminada o que se encuentre la necesidad normativa	Se tiene el el pc Ingeniero ambiental, equipo, documentos, ambiental ese, ese myc, 2021, Pgrhs	33%
	Socializar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGRHS	No se ha realizado Socializacion, por lo que no han hallado cambios en la normatividad	Se tiene el el pc Ingeniero ambiental, equipo, documentos, ambiental ese, ese myc, 2021, Pgrhs	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
Incumplimiento a la normatividad	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de infraestructura física	Se solicita de manera trimestral, se realiza reunión virtual con los directores y el asesor de calidad, en el cual se socializa la organización y presentación de estos informes para el plan de mantenimiento hospitalario. Mediante el correo los	Se observa la evidencia a través del informe de mantenimiento del primer trimestre del 2022 enviado al correo de control Interno , por el cual los directores envían por medio electrónico la información necesaria generada por cada institución, dicha información se remite al área de almacén y financiera, entra información se recolecta entre la	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.2.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ÁREA 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 mismos.	Radicado en almacén, carpeta de mantenimientos de equipo.-	33%

4.3 PROCESOS MISIONALES.

4.3.1 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital que comparte municipio con la sede administrativa, teniendo un resultado en el monitoreo del **72%**, quedando pendiente para el próximo seguimiento la revisión, socialización y medición de adherencia de algunos controles, que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. 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: PyM: (1 Medica consulta externa, 2 Medicos PyM, 1 Medico de Cronicos) Resolutiva: 4 medicos tiempo completo y 1 Medio tiempo. Extramural: 1 jefe, 1 Auxiliar enfermeria) Odontologia: 2 odontologs, 2 Auxiaires odontologia y 2 Higienistas.	Todos con contratos: Todos por OPS, menos Auxiliares de Enfermeria.	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal -SISPRO	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, se recolecta la informacion del cs panama y el hospital de pampuri esto con el fin de verificar que todo este facturado se este cumpliendo con las metas y correctamente, ingresado en la resoluion 202 (Actualmente se llama 202)	se diligencia formato estipulado para la respectiva verificacaion el cual va firmado por facturacion, PYM de 202	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente ---PYM	Se genera informe de facturacion de los rips, detallado, se hace de forma diario/quincenal, revisando datos de usuarios comparandolos registros diarios de PyM.	Se realiza acta de revision/cruce fisica, en carpeta en PYM, igual, se hacen al correo de pym los envios de rips y reporte detallado de facturacion	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales ----- COORDINACION MEDICA	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Se encuentra compartida carpeta que contiene guías Manuales, protocolos y guías de la institucion.	Compartida en red de la intuicion.	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se realiza socializacion de guías y protocolos desde la coordinación medica, el 29 de abril por medio de nota interna, enviadas al correo electronico y carpeta compartida.	Se encuentra en carpeta física en oficina de coordinación medica y en red comaprtda.	30%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por	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 cuenta con guías de maternidad, se evidencian guías desactualizadas, se encuentra GUIA PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	Se encuentra compartida en red de la institucion: compartir:medicos/protocolos y guis medicas.	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 3280/2018	El personal ha recibido socializacion en estas guías de manera presencial, el 24 de Marzo, en Iso temas de: la medicion de la oportunidad de parto y guia de atencion al recién nacido.	Evidencia en fisico, en az de asistencia a capacitaciones, archivada en oficina de coordinacion de enfermeria.	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	Se evidencia evaluacion de adherencia de google forms.	se evidencia: en docs.google.com	33%
Inoportunidad de la atención ---- ESTADISTICA*SISTEMAS	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se realiza en el proceso de estadística en el cual, la medicion de la oportunidad de citas supera los dias que la norma establece	Se almacena en el computador de estadística: Ruta: Documentos, estadística, informacion resolucion 256 tipo 2	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención	Se realizan Macrocomite de manera mensual, (comité de SIAU, Seguridad del Paciente, facturacion pym, sistemas, infecciones intrahospitalarias, usuarios y etica hospitalaria, archivos y historias clinicas) donde cada lider de proceso socializa todo lo relacionado con	Cada lider cuena con als actas en archivo, se digitaliza y reposa en correos electronicos de cada lider.	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 2022	Se observa cronograma de capacitaciones de manera mensual.	Esta en Pc de salud publica / mis documentos / Salud publica / Cronograma de capacitaciones.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	Se realiza socializaciones pero no se observa evaluaciones de adherencia.	No se evidencia adherencia	0%
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 fisico, que reposa en la oficina de la jefe de laboratorio	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	Se evidencia evaluacion de adherencia de google forms.	Se evidencia link en correo electronico de coordiandcion de laboratorio y archivadas en fisico en la oficina de coordinacion de	33%
	Plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se registran plan/programa de capacitaciones 2022	Se evidencia en fisico en carpeta de asistencia, que reposa en la oficina de coordinación médica.	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..	0%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra la ultima version 4- de Noviembre de 2020	Se encuentra en medio fisico y en PC: Farmacia:escritorio/manual farmacia	33%
	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	El manual se actualiza cada 2 años en el cual se tiene que hablar con la doc Gloria (actualmente se encuentra actualizado)	RUTA: Mis documentos/ salud publica/ documentos/ epidemiologia	33%
	Socializar el proceso documentado	No se han realizado socializaciones	Nose evidencia	0%
	Evaluar la adherencia del proceso -- salud publica	No evidencia	No evidencia	0%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se hace a través las BAI (Busqueda Activa Institucional) de manera semanal, mensual y trimestral, se envían al sistema de vigilancia municipal de Tame y a ellos su vez realizan retroalimentación mes a mes. Las fichas se encuentran en Pc de cada consultorio médico, el médico la diligencia, hace llegar a Salud pública, se hace el consolidado, se escanea, se ingresa a SVIGILA haciendo el reporte inmediato o semanal	PC: Pc de Salud pública/ Mis documentos/ Salud pública fichas epidemiológicas	20%
	Socialización del formato aprobado	No evidencia	No evidencia	0%
	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 ----PIC	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato sin codificar	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y autorizado por calidad	20%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	20%
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Se toma de Socrates (rips facturados), las remisiones facturados y se relacionan con los libros de referencia, se lleva conteo manual. Se realiza informe llamado Condensado de actas mensuales bitácoras de referencias y se envía a Dirección, trimestral o cuatrimestral, de acuerdo a solicitudes	Se encuentra en correo electrónico: referenciatame@esemorenoyclavijo.gov.co	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	Se solicitan desde Dirección del hospital y los autoriza Subgerencia de Salud.	Vehículos autorizados con la señalización.	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se hace el proceso de manera semanal, el jefe de servicio de urgencia, recibe el llamado, informa al equipo de referencia, el cual cuenta con 20 minutos para llegar al sitio, luego se hace una reunión con equipo de referencia, para verificar tiempos de respuesta, se hace acta de socialización traslados de	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 auditoría por parte del líder de referencia semanal. Se recomienda hacer acta semanal, para evidencia.	Se verifica haciendo observación directa al documento de bitácora, adjunto a historia clínica.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de	En el mes de Abril de 2022 se realizó actualización de formato RYC-FO-013- Soporte de Combustible Hospedaje y Alimentación de Contrareferencia y referencia, versión N 02	Se evidencia en forma física.	20%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Desde dirección se autoriza, a través de una planilla de acuerdo a donde se realice el traslado hay una cantidad asignada para cada recorrido. Se sugiere adoptar formato de seguimiento de consumo de combustible.	Se lleva un talonario que maneja la directora y lo verifica cada 2 días.	20%
	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.	En cuanto a Medicamentos de PyM; se dispensa por ventanilla, con orden de médico (formula) y con código de facturación (número de factura), se verifica que se encuentre facturado en socrates y se procede a la entrega del medicamento. Paciente por urgencias: se entrega de acuerdo al	Software socrates, formulas recibidas, rips, facturas.
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNNOVIGILANCIA, se maneja de la sede central. Con respecto a FARMACOVIGILANCIA, se maneja con software VIGIFLOW, se reportan eventos y reacciones adversas leves de medicamentos. Se aplica farmacovigilancia activa y	Se evidencia último reporte en físico y vigiflow en el mes de Enero 2022. Alertas sanitarias: escritorio/alertas sanitarias.	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 carpeta y digital en D:farmacia/informes egresos	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. Cada vez que se hace la recepción se identifica en morycla, para su semaforización. Se hace informe mensual a farmacia de sede administrativa.	Se diligencia el formato GFM-FO-005, a través del MORYCLA, quedando el registro ahí mismo. Se hace reporte de próximos a vencer, exportado de Morycla, igualmente acta de vencidos y se reporta a Administrativa.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.3.2 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 **58%**, Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022 y Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios

quedando pendiente para el próximo seguimiento la medición que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. 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: 1 médicos general, hace consulta externa y P.Y.M. Medico extramural 1: P.Y.M., Medicos Rurales: 2. 1 Jefe extramural, 1 jefe Intramural, 2 auxiliares de demanda Inducida, 1 auxilair de movil. Odontologia: 1 rural y 1 intramural. 1 Higienista Oral, 1 Vacunadora.	Contrato OPS: 7 Contrato laboral: 6 personas	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 (22) de forma quincenal	Se trabaja la Res. 202 de 2021. Se reúnen con coordinadora de P.Y.M coordinadora de Facturacion, Direccion y Auxiliares de 202. Se verifican datos de 202. se cruzan con los RIPS generados por contrato, se deja acta de verificación y revision y en cada cruce se verifican hallazgos anteriores, y sus correcciones al caso. Y se dejan los nuevos planes para continuar la mejora.	Se evidencian en el PC de coordinadora de P.Y.M E:HSRP PYMHSRPHSRP DOCUMENTOS de forma diaria.	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace de acuerdo a la contratación y matriz con la Res. 3280. Se realiza formato de verificación mensual en conjunto con P.Y.M. Semanal se le entrega a P.Y.M un consolidado de toda la facturación	Se tiene mensualmente registro del formato de verificación de los RIPS la ultima semana del mes, la evidencia se tiene en el pc de la coordinadora de facturación, Red(Información funcionarios/ facturación 2022	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.	Se cuenta en red: socrates: Procesos misionales	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	No se evidencia socialización	No se cuenta con evidencia	0%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	No se evidencia evaluación de adherencia	No se cuenta con evidencia	0%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se cuenta con Guía Manejo de la Hemorragia obstetricaCodigo Rojo, del año 2007, del Ministerio adoptada	Se evidencia en Pc de Jefe de Urgencias: Disco D: Mapa de Riesgos 2022	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 3100 de 2019	Durante este primer cuatrimestre se han realizado inducciones a personal, en los siguientes temas: Atención de guía de recién nacido, garantizar la atención segura de la gestante, recién nacido de madre diabética, pinzamiento de cordón umbilical, detección temprana y reducir infecciones asociadas con la atención en Salud, guía de código rojo, inserción de cateter venoso, protocolo de paciente en abandono, protocolo para educación y prevención de caídas y otras.	Se evidencia en Pc de Jefe de Urgencias: Disco D: Mapa de Riesgos 2023	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	No se ha realizado evaluación de adherencia		0%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Por la Res. 256 en la cual se maneja una agenda de cita y su oportunidad va de un 1 día, se observa en estadística, que se maneja la medición de oportunidad por Morycia.	Se evidencia en digital en el PC de estadística, Mis documentos: informes 2022. 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 realizan Macrocomité de manera mensual, (comité de SIAJ, Seguridad de IPaciente, Infecciones Intrahospitalarias, historias clínicas, P.Y.M, farmacia, laboratorio, sigviga, referencia y Contrareferencia, facturación) donde cada líder de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso.	Se encuentran en medio digital, cada proceso tiene su acta.	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 2022	No se registra evidencia de actividad.	No evidencia	0%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	No se registra evidencia de actividad.	No evidencia	0%
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	La bacteriologa (rural) responsable, no conoce los Manuales/protocolos del proceso.	No evidencia	0%
	Adherencia de la documentación propuesta	No evidencia	No evidencia	0%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se realiza evaluación semanal, al personal del laboratorio, pero no cuenta con el plan de trabajo documentado.	No evidencia	20%
	plan de trabajo para evaluar al personal	Cada líder capacita a su personal de acuerdo a la normatividad reciente.		33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra la última versión 4- de Noviembre de 2020	Se tiene el manual actualizado en digital en PC de farmacia, D: mis documentos/manual de farmacovigilancia	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se cuenta con el ultimo Manual de Salud Publica, que se recibo de la Alcaldia de Arauquita	Se evidencia en: PcSaludPublica: escritorio/saludpublica	16%
	Socializar el proceso documentado		No se cuenta con evidencia	0%
	Evaluar la adherencia del proceso	No evidencia de adherencia	No evidencia	0%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se hace a través de BAI (Búsqueda Activa de Sintomáticos Institucional) de manera semanal, mensual y trimestral, se envían al sistema de vigilancia municipal de Arauquita y a ellos su vez realizan retroalimentación mes a mes. Las fichas se encuentran en Pc de cada consultorio medico, el medico la diligencia, hace llegar a Salud publica, se hace el consolidado, se escanea, se ingresa a SIVIGILA haciendo el reporte inmediato o semanal.	Se encuentra consolidado en el PC de salud publica: escritorio-siviglia	20%
	Socialización del formato aprobado	Se socializa los resultados del BAI en el Comité de Vigilancia Epidemiológica(COVE) los BAI. Se evidencia acta de Comité. Pero no tiene formato.	Se tienen en carpetas digital que radican en el pc de salud publica	0%
	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.	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	20%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	20%
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 envía oficio a Dirección del Hospital, donde se relacionan los traslados realizados, se verifica que estén facturados y se hace comparación con RIPS radicados. Se realiza comité de Referencia y Contrareferencia, se hace mensualmente y se hace análisis y socialización a coordinadores del área de las áreas. Igualmente el Jefe de Contrareferencia, creo un link por google forms, donde los auxiliares de referencia, deben diligenciar inmediatamente se presenta la remisión, para mejorar control de traslados a otros centros de salud.	Se evidencia en correo electrónico: hospitalpampuri@esemorenoyclavijo.gov.co	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con el parque automotor con el emblema. Pero no se tiene la autorización por parte de la Unidad de Salud.	No hay evidencia del documento	0%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se mide por medio de indicadores de Referencia en formato: RYC-FO-008 Tablero y fichas IND	Se evidencia en: PcSaludPublica: escritorio/Documentos/jefeivan/informes	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se diligencia en Formato: RYC-FO-001 Referencia y Contrareferencia Bitácora.	Los soportes originales se encuentran en archivo de Urgencia y están de enfermería, durante el mes vigente, se archivan en archivo de salud publica.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	En el mes de Abril de 2022 se realizó actualización de formato RYC-FO-013- Soporte de Combustible Hospedaje y Alimentación de Contrareferencia y referencia, versión N 02	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, hay establecido una cantidad por recorrido.	Se deja el recibo en la oficina de secretaria administrativa y controlada por el director.	15%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	Para que el paciente reciba su medicamentos y dispositivos medicos: se recibe orden medica, mas factura del paciente, se soporta para el consumo de estos. Igualmente se te registra oportunamente en el software Morycla, para su correcto seguimiento	Ordenes de urgencias: siempre de solicita la orden medica y la factura. Ordenes de Consulta externa: Con factura. Se archivan en oficina de Farmacia. Se compara con informacion de historia clinica de Socrates.	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. Con respecto a FARMACOVIGILANCIA , se maneja con software VIGIFLOW, se reportan eventos y reacciones adversas leves de medicamentos. Se aplica farmacovigilancia activa y pasiva.	Los reportes se tienen de forma digital, soporte arrojados por vigiflow. Igualmente se cuenta con soportes 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. Se vienen realizando inventario mensual, se envía por medio de correo electrónico a la sede administrativa, al área de Apoyo terapéutico. Igualmente se descarga y se almacena en PC de farmacia.	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. Se realiza semaforización mensual de medicamentos y dispositivos medicos. Se realiza acta de baja a los medicamentos y dispositivos medicos vencidos. Se realiza acta de estos proximos a vencer. Las dos actas se envían de soporte a la sede administrativa.	El sistema MORYCLA permite revisar el mismo proceso físico de la semaforización.	33%

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 **73%**, Durante el año 2022, no se han revisado, ni actualizado las guías de maternidad en emergencia obstétricas, por parte de la institución y el manejo de guías formatos, no se evidencian socializaciones y adherencia a los controles que se tienen estimados también es necesario la Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100% en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

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 4 medico en cual atienden en todos los servicios PYM, consulta externa 4 y urgencias 24 horas 2 Medicos, 12 auxiliares en el servicio de urgencia las cuales estan contratadas por nominas Auxiliares de enfermeria en hospitalizacion 6, 4 auxiliares para demanda inducida contratadas por ops 3 auxiliares de efemeria para servicio de vacunacion por ops, 2 higienista oral.	Personal con contrato por nomina 22 funcionarios, por OPS 10	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, se recolecta la informacion del cs panama y el hospital de pampuri esto con el fin de verificar que todo este facturado se este cumpliendo con las metas y correctamente, ingresado en la resoluion 202 (Actualmente se llama 202)	se diligencia formato estipulado para la respectiva verificacion el cual va firmado por facturacion, PYM 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 correctamente 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 de PYM y coordinadora facturacion seguimiento se realiza acta de compromisos	33%
Baja adherencia de guias, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través 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%
	Socialización 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 lista de asistencia y adherencia alas guias por medio de evaluaciones escritas	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	se realiza cuestionario por medio fisico del protocolo o guias a socializar	se realiza adherencia a cada guia y protocolo socializado por medio de evaluaciones en fisico	33%
Baja adherencia de guias, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guias prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Durante el año 2022, no se han revisado, ni actualizado las guias de maternidad en emergencia obstetricas, por parte de la institucion.	Maternidad J19:J21	0%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guias prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 3100 de 2019	No se encuentran capacitaciones		0%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a	No se encuentran capacitaciones		0%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se observa un informe mensual, en el cual se identifica lunos indicadores de medicion por medio de la 1552, se identifica la oportunidad de citas en la pagina de socrates, teniendo como principio una oportunidad dentro de 3 a 5 dias.	La medicion de la oportunidad se envia a la sede central los primeros 5 dias del mes donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos con la oportunidad, en el cual se envia a la area de calidad.	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realizan Macrocomite de manera mensual, (comité dedonde cada lider de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso.	Se encuentran en medio digital, en el PC de area de SIAU.	33%
Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022	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.	Se hace manualmente	Se evidencian evaluaciones de forma manuales.	25%
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	La coordinadora del laboratorio, realiza cronograma de capacitaciones de los manuales de laboratorios dirigido al personal que labora en la institucion. En cada capacitacion o socializacion se realiza la evaluacion de adherencia inmediatamente.	se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual. Evidencias fotograficas, planillas de caapcitacion y evaluacion realizada. Se encuentra en medio fisico, en archivo de laboratorio.	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	La coordinadora del laboratorio, realiza cronograma de capacitaciones de los	se realizan capacitaciones al personal con su respectiva	33%
	Plan de trabajo para capacitaciones al personal	se realiza cronograma del plan de trabajo de que se va a desarrollar durante todo	Se encuentra en medio fisico, archivado en laboratorio.	33%
	Plan de trabajo para evaluar al personal	se realiza evaluacion de manera mensual del plan de trabajo por parte de coordinador del centro de salud	Se encuentra en medio fisico, archivado en laboratorio.	33%
incumplimiento de la norma	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra la ultima version 4- de Noviembre de 2020	Equipo de Farmacia: farmacia2022/farmacovigilancia/eventosfarmacovigilancia	33%
	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	Se actualiza cada 2 años, para el mes de agosto 2022 se estara actualizando nuevamente	33%
	Socializar el proceso documentado	Se socializo en el comité que se realiza de forma trimestral documentado a los funcionarios	Se cuenta con acta de asistencia	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	se realizo adherencia fisica a cada guia y protocolo socializado	Se cuenta con evaluaciones en fisico, no tiene analisis	20%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se hace a través las BAI (Busqueda Activa de sintomáticos Institucional) de manera semanal, mensual y trimestral, se envían al sistema de vigilancia municipal de Arauca y a ellos su vez realizan retroalimentación mes a mes. Las fichas se encuentran en Pc de cada consultorio médico, el médico la diligencia, hace llegar a Salud pública, se hace el consolidado, se escanea, se ingresa a SIWGLA haciendo el reporte inmediato o semanal.	No hay formatos establecido.	20%
	Socialización del formato aprobado	Se socializa los resultados del BAI en el Comité de Vigilancia Epidemiológica(COVE) los BAI. Se evidencia acta de Comité. Pero no tiene formato.	No hay formatos establecido.	0%
	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 sin codificar	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se da adherencia en cada uno de los procesos	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	20%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	evaluaciones y firmas y fotos.	20%
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. -facturación	Se observa que mensualmente se realiza cruce de traslados según bitácoras comparando los facturados con referente a los traslados.	Se observa evidencia las facturas impresas de cada remisión en su respectiva historia de urgencia y se archiva	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	se solicitó al referente de misión médica de la ESE Moreno y Clavijo la autorización del emblema del parque automotor	Se hace evidencia a través de informes.	0%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	No se lleva libro-bitácora de registro de llamadas o correos recibidos. No se ha monitoreado ni medido el tiempo de respuesta. Se reciben solicitudes de APH, y se envían pacientes remitidos al Sarare y San Vicente de Arauca.	Existen soportes de correos electrónicos enviados desde el correo de facturacionarauquita@esemorenoyclavijo.gov.co	0%
	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.	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión médica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible - registro de combustible misión médica hoja de traslado	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se realiza seguimiento por parte del área de apoyo a dirección.	PC de apoyo a dirección: misdocumentos/apoyo a 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 hace de acuerdo a la necesidad, según facturación, en el software se genera el libro diario y semanal (egreso) de salidas, de las diferentes áreas de atención.	Registro de egresos en Morycla, factura de servicios al paciente egresado de Socrates. Software Morycla y en medio físico se encuentran las facturas recibidas.	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	Se realiza los primeros 5 días de cada mes los reportes de Vigiflow, (farmacovigilancia) por parte de la Auxiliar de Farmacia. Se actualizó el Manual de Farmacovigilancia en el mes de Abril 2022.	Equipo de Farmacia: farmacia2022/farmacovigilancia/evntosfarmacovigilancia	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se vienen realizando inventario mensual, se envía por medio de correo electrónico a la sede administrativa, al área de Apoyo terapéutico. Igualmente se descarga y se almacena en PC de farmacia.	Equipo de Farmacia: farmacia2022/informe de farmacia	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se realiza semaforización mensual de medicamentos y dispositivos médicos. Se realiza acta de baja a los medicamentos y dispositivos médicos vencidos. Se realiza acta de estos próximos a vencer. Las dos actas se envían de soporte a la sede administrativa.	Equipo de Farmacia: farmacia2022/informe de farmacia	33%

4.3.4 HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Cravo Norte, teniendo un resultado en el monitoreo del 87%, Falta la **elaboración** de Formato seguimiento de reporte del Proceso, **Socialización del** formato aprobado, Adherencia del formato de control de reportes en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

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 parcial, 3 medicos generales y no hay medicos del ssodel SSO	Personal con contrato en el area asistencial.	33%
	Realizar cruce de la informacion de RIPS, registro diario y variables de 4505 de forma quincenal	Ahora no es 4505, desde febrero 2021 se esta con la Res 202 de 2021. Se lleva a traves de formatos de registros.	En la red estan los registros diarios, los correos institucionales y en computador de SISPRO se tiene el aplicativo de la Resolucion	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Ahora no es 4505, desde febrero se esta con la Res 202 de 2021. Se lleva a traves de formatos de registros.	En la red estan los registros diarios, los correos institucionales y en computador de SISPRO se tiene el aplicativo de la Resolucion	33%
Baja adherencia de guias, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a traves de la red dando a conocer todas las guias, manuales, protocolos institucionales	La carpeta que se se tiene en es en el computador de PYM donde se tienen los soportes de las guias y protocolos de la ips	Se tienen las carpetas en medios magneticos pero no en la red	33%
	Socialización de las guias protocolos y normas institucionales	La IPS cuenta con un cronograma de socializaciones de guias y protocolos que se realizan mensualmente para darle cumplimiento a las actividades ejecutadas durante el año	listado de asistencia	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	La IPS cuenta con guias y protocolos en una capeta del escritorio donde cada auditoria realizada por los diferentes actores la revisan y se da cumplimiento a los procesos establecidos se implementa un cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE para continuar con los procesos	cuestionario en fisico	33%
Baja adherencia de guias, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guias 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 guias prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Guías actualizadas	Listados de asistencia	33%
	Evaluar la adherencia de guias 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 gestion	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención			0%
Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2021	protocolos y guias actualizadas	Socializaciones realizadas - asistencias	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	Cuestionario de guais y protocolos	Evaluaciones	33%
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Realización de cronograma	Cronograma en fisico	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 evaluar al personal según formato LAB-FO053	Plan de trabajo impreso	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	manual de procesos actualizado	Manual de procesos impreso	33%
Incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	manual de salud publica	Evaluaciones	33%
	Socializar el proceso documentado	manual de salud publica	Listado de asistencia del personal	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	manual de salud publica	Evaluaciones	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se hace a través las BAI (Busqueda Activa de sintomaticos Institucional) de manera semanal, mensual y trimestral, se envían al sistema de vigilancia municipal de Araucanía y a ellos su vez realizan retroalimentación mes a mes. Las fichas se encuentran en Pc de cada consultorio médico, el médico la diligencia, hace llegar a Salud pública, se hace el consolidado, se escanea, se ingresa a SIVIGILA haciendo el reporte inmediato o semanal.	Se encuentra consolidado en el PC de salud pública: escritorio- siviigila	20%
	Socialización del formato aprobado	Se socializa los resultados del BAI en el Comité de Vigilancia Epidemiológica(COVE) los BAI. Se evidencia acta de Comité. Pero no tiene formato.	Se tienen en carpetas digital que radican en el pc de salud pública	0%
	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 sin codificar	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	20%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los	20%
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.	Bitacoras	Informe realizado	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	Ambulancias TAB	Autorizaciones del emblema vigentes	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Oportunidad de Respuesta	Informes de traslado asistencial de forma trimestral.	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Bitacoras	Informe realizado	33%
	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 Bitacoras	20%
	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
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%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.3.4 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 **86%**, están pendientes algunos temas como lo es la contratación de personal médico requerido para consulta externa, adherencia de la documentación propuesta, plan de trabajo para capacitaciones al personal, plan de trabajo para evaluar al personal, controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. cómo se evidencia en el siguiente cuadro 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/todoslosripscargadosalsiguire C: informedeproduccion/año2022/ABRIL	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 facturación 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 guía, pero se tienen manual de atención en sala de partos, protocolo de intervenciones intraparto y parto instrumental, protocolo de pinzamiento de cordón y guía de trabajo de parto.	se tiene en forma digital, PC, urgencias.	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 guía, pero se tienen manual de atención en sala de partos, protocolo de intervenciones intraparto y parto instrumental, protocolo de pinzamiento de cordón y guía de trabajo de parto, se hace las inducciones y respectivas capacitaciones.	se tienen en físico en urgencias, capacitaciones, seguridad del paciente	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	se evidencia evaluación de las socializaciones.	se tienen en físico 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 agenda, se toma la informacion estadística.	se evidencia en digita en el PC de estadística. D:datos/drives/estadística/año 2022	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realiza acta trimestral de la 2193	Se reporta a la plataforma por el ingeniero de sistemas.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 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.	33%
	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	33%
	plan de trabajo para capacitaciones al	no se encuentra evidencia	no hay evidencia	0%
	plan de trabajo para evaluar al personal	cada líder capacita a su personal de acuerdo a la normatividad vigente.	se tiene evidencia en PC de PYM y urgencias en carpeta física.	33%
	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	33%
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	se tiene el timo manual	se encuentra en el pc de salud publica.	33%
	Socializar el proceso documentado	están actualizados	se encuentra en el pc de salud publica.	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	no evidencia	no evidencia	0%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se hace a través las BAI	Se encuentra en el PC de salud publica D:misdocumentos/sos2020/informes/mes	33%
	Socialización del formato aprobado	Se socializa en el comité de vigilancia epidemiológica los BAI	Se tienen en carpetas físicas que radican en la oficina de salud pública.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	No evidencia	No evidencia	0%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	20%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	20%
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 físico y las vitacoras se guardan en pc de facturación y se deja copia en el area de archivo.	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con el parque automotor con el emblema.	Se evidencia en oficinas de solicitud de febrero de este año, a la sede administrativa	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se mide por el tiempo de remisión.	Queda el registro en la historia clínica	17%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se realizan las bitácoras, se trabaja con versión actualizada la No 5	Una copia de bitácora en historia clínica y otra reposa en pc de 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 y en la pc de facturación	20%
	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.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	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	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	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 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, Centro Poblado de la Esmeralda, teniendo un resultado en el monitoreo del **53%**, están pendientes Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022. La implementación del programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms es necesario el diseño cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios. y demás controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. cómo se evidencia en el siguiente cuadro 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: 1 médicos general, hace consulta externa y Pym. Medico extramural 1 :Pym. Medicos Rurales: 2, 1 Jefe extramural, 1 jefe Intramural, 2 auxiliares de demanda inducida, 1 auxilair de movil. Odontologia: 1 rural y 1 intramural. 1 Higienista Oral, 1 Vacunadora.	Contrato OPS: 7 Contrato laboral: 6 personas	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 EHSRP PYMHSRPHSRP DOCUMENTOS de forma diaria.	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace de acuerdo a la contratación y matriz con la Res. 3280. Facturación entrega los rips impreso de forma diaria a la coordinadora de pym para realizar seguimiento y verificación de los rips	SE encuentra de forma física con la coordinadora de PYM	
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.	Se cuenta en red: socrates: Procesos misionales	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	No se evidencia socialización No se evidencia evaluación de adherencia	No se cuenta con evidencia No se cuenta con evidencia	0% 0%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se evidencia envíos de correos electrónicos el día 07 de abril de 2022 a coordinador médico y Vigilancia epidemiológica, compartiendo guías y protocolos obstétricos y atención al parto, adoptadas a la ESE, con el propósito de su revisión, socialización y posteriores sugerencias.	Se evidencia en correo electrónico: hospitalpampuri@esemorenoyclavijo.gov.co	0%
	Assegurar 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 3100 de 2019	Durante este primer cuatrimestre no se han realizado inducciones a personal.		0%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a	No se ha realizado evaluación de adherencia		0%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Por la Res. 256 en la cual se maneja una agenda de cita y su oportunidad va de un 1 día, se observa en estadística, que se maneja la medición de oportunidad por Morlyca.	Se evidencia en digital en el PC de estadística. Mis documentos: informes 2022. 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 realizan Macrocomite de manera mensual, (comité de SIAU, Seguridad de IPaciente, Infecciones Intrahospitalarias, historias clínicas, PYM, farmacia, laboratorio, siviola, referencia y Contrareferencia, facturación) donde cada líder de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso.	Se encuentran en medio digital, cada proceso tiene su acta.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022	No se registra evidencia de actividad.	No evidencia	0%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	No se registra evidencia de actividad.	No evidencia	0%
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	La bacteriologa (rural) responsable, no conoce los Manuales/protocolos del proceso.	No evidencia	0%
	Adherencia de la documentación propuesta plan de trabajo para capacitaciones al personal	No evidencia	No evidencia	0%
	plan de trabajo para evaluar al personal	Se realiza evaluación semanal, al personal del laboratorio, pero no cuenta con el plan de trabajo documentado.	No evidencia	20%
	Cada líder capacita a su personal de acuerdo a la normatividad reciente.		Se tiene evidencia en PpP y Urgencias, en carpeta física.	33%
Incumplimiento de la norma	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra la última versión 4- de Noviembre de 2020	Se tiene el manual actualizado en digital en PC de farmacia, D.misdocumentos/manual de farmacovigilancia	33%
	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Pública	Se cuenta con el último Manual de Salud Pública, que se recibió de la Alcaldía de Arauca	Se evidencia en: PcSaludPublica: escritorio/saludpublica	16%
	Socializar el proceso documentado	Falta Socializar el proceso	No se cuenta con evidencia	0%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar Formato seguimiento de reporte del Proceso	No evidencia de adherencia	No evidencia	0%
	Socialización del formato aprobado	Se hace a través las BAI (Busqueda Activa de sintomaticos Institucional) de manera semanal, mensual y trimestral, se envían al sistema de vigilancia municipal de Arauca y a ellos su vez realizan retroalimentación mes a mes. Las fichas se encuentran en Pc de cada consultorio médico, el médico la diligencia, hace llegar a Salud pública, se hace el consolidado, se escanea, se ingresa a SIVIGILA haciendo el reporte inmediato o semanal.	Se encuentra consolidado en el PC de salud pública: escritorio-siviglia	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se socializa los resultados del BAI en el Comité de Vigilancia Epidemiológica(COVE) los BAI. Se evidencia acta de Comité. Pero no tiene formato.	Se tienen en carpetas digital que radican en el pc de salud pública	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 sin codificar	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	20%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	20%
Desvío de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Mensualmente se envía oficio a Dirección del Hospital, donde se relacionan los traslados realizados, se verifica que estén facturados y se hace comparación con RIPS radicados. Se realiza comité de Referencia y Contrareferencia, se hace mensualmente y se hace análisis y socialización a coordinadores del área de las áreas. Igualmente el Jefe de Contrareferencia, crea un link por google forms, donde los auxiliares de referencia, deben diligenciar inmediatamente se presenta la remisión, para mejorar control de traslados a otros centros de salud.	Se evidencia en correo electrónico: hospitalpampuri@esemorenoyclavijo.gov.co	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con el parque automotor con el emblema. Pero no se tiene la autorización por parte de la Unidad de Salud.	No hay evidencia del documento	0%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se mide por medio de indicadores de Referencia en formato: RYC-FO-008 Tablero y fichas IND	Se evidencia en: PcSaludPublica: escritorio.Documentos/jefeVan/Informes	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se diligencia en Formato: RYC-FO-001 Referencia y Contrareferencia Bitácora.	Los soportes originales se encuentran en archivo de Urgencia y están de enfermería, durante el mes vigente, se archivan en archivo de salud pública.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	En el mes de Abril de 2022 se realizó actualización de formato RYC-FO-013- Soporte de Combustible Hospedaje y Alimentación de Contrareferencia y referencia, versión N 02	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, hay establecido una cantidad por recorrido.	Se deja el recibo en la oficina de secretaria administrativa y controlada por el director.	15%
Entrega incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, según solicitud de Necesidades.	Para que el paciente reciba su medicamentos y dispositivos médicos: se recibe orden médica, mas factura del paciente, se soporta para el consumo de estos. Igualmente se se registra oportunamente en el software Morycla, para su correcto seguimiento	Ordenes de urgencias: siempre de solicita la orden médica y la factura. Ordenes de Consulta externa: Con factura. Se archivan en oficina de Farmacia. Se compara con información de historia clínica de Sócrates.	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNNOVIGILANCIA, se maneja de la sede central. Con respecto a FARMACOVIGILANCIA, se maneja con software VIGIFLOW, se reportan eventos y reacciones adversas leves de medicamentos. Se aplica farmacovigilancia activa y pasiva.	Los reportes se tienen de forma digital, soporte arrojados por Vigiflow. Igualmente se cuenta con soportes de capacitaciones a los usuarios y personal 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. Se vienen realizando inventario mensual, se envía por medio de correo electrónico a la sede administrativa, al área de Apoyo terapéutico. Igualmente se descarga y se almacena en PC de farmacia.	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. Se realiza semaforización mensual de medicamentos y dispositivos médicos. Se realiza acta de baja a los medicamentos y dispositivos médicos vencidos. Se realiza acta de estos próximos a vencer. Las dos actas se envían de soporte a la sede administrativa.	El sistema MORYCLA, permite revisar el mismo proceso físico de la semaforización.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

4.3.6 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Puerto Jordán, teniendo un resultado en el monitoreo del **69%**, están pendientes algunos temas como evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms, diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios, y demás controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. 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	En lo recorrido del año en el area de consulta externa, no se ha contado con profesional en medicina desde el 1 de enero hasta la fecha; en el servicio de urgencias en dos ocasiones (20 días) no hemos contado con médico, acudiendo al centro de salud de panama para atender la primer urgencia con el profesional de dicho centro asistencial.	los (soportes 1) son solicitudes realizadas mediante correo institucional, las demas solicitudes han sido mediante wasap y verbal. En los siguientes libro se adjuntan soportes.	16%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	En las actas de comités mensuales queda consignada la reunión que se hace entre facturación y pyp.	C:\Users\JORDANPYP\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\COMITE PYP 2022	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	En las actas de comités mensuales queda consignada la reunión que se hace entre facturación y pyp.	C:\Users\JORDANPYP\Desktop\CARPETA UNICA ESCRITORIO\COMITE PYP 2022	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\JORDANPYP\Desktop\GUIAS PRACTICAS CLINICAS MIN SALUD	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se diseño dicho cronograma teniendo en cuenta lo exigido.	C:\Users\JORDANPYP\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.	se han realizado evaluaciones por google forms, se anexa (soporte 6)	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	el manual de salud publica se encuentra actualizado y reposa en el equipo de computo del servicio de urgencias	este equipo-documentos-ENFERMERIA_INFORMES-VIGILANCIA SALUD PUBLICA-SOCIALIZACIONES_SALUD_PUBLICA-MANUAL_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA_CSJAUNDEJESUS CORONEL	33%
	Socializar el proceso documentado	el manual de salud publica se encuentra actualizado y reposa en el equipo de computo del servicio de urgencias	este equipo-documentos-ENFERMERIA_INFORMES-VIGILANCIA SALUD PUBLICA-SOCIALIZACIONES_SALUD_PUBLICA-MANUAL_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA_CSJAUNDEJESUS CORONEL	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	se realizo evaluacion de adherencia de socializacion de manual de salud publica	al momento de verificar el enlace en el computador de urgencias no refleja ninguna	0%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	No se evidencia	No se evidencia	0%
	Socialización del formato aprobado	No se evidencia	No se evidencia	0%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	No se evidencia	No se evidencia	0%
	Evaluación de la adherencia	No se evidencia	No se evidencia	0%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Si existe procedimiento	Formato de manejo sin codificar.	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	20%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los	20%
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\COORDINADOR\Documents\1.1 RUBEN\2021\INFORME GESTION\1 TRIMESTRE C:\Users\COORDINADOR\Documents\1.1 RUBEN\2021\INFORME PRODUCCION	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\COORDINADOR\Documents\1.1 RUBEN\2022\MISION MEDICA	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 o directamente a los correos institucionales del segundo nivel	como soporte tenemos las llamadas vía telefónica y los correos electrónicos enviados desde el correo de urgenciaspuertojordan@gmail.com dando respuesta en un aproximado de 30 minutos anexo (soporte 31)	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	20%
	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	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	LA FARMACIA CUENTA CON UN LIBRO DE REGISTRO DIARIO Y SEMANAL DE SALIDAS PARA LAS DIFERENTES AREAS DE ATENCION.	LIBRO DE ACTA FARMACIA - REGISTRO FORMULAS MEDICAS	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

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 AUXILIAR DE FARMACIA .	SEN Y KARLA (D:) - INFORME DE FARMACIA AÑO 2022- REPORTE FARMACIA 22	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	SE REALIZA DESCARGUE DE INVENTARIO DEL SISTEMA MORYCLA	SEN Y KARLA (D:) - INFORME DE FARMACIA AÑO 2022- ABRIL-INFORME FARMACIA ABRIL-INFORME MES DE ABRIL-FARMACIA	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	SE REALIZA SEMAFORIZACION MENSUAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS .SE REALIZA ROTACION .SE REALIZA ACTA DE BAJA A LOS VENCIDOS .	SEN Y KARLA (D:) - INFORME DE FARMACIA AÑO 2022- ABRIL-INDICADORES ABRIL-INDICADOR 4	33%

4.3.7 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Panamá, teniendo un resultado en el monitoreo del **84%**, están pendientes algunos temas como evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms, diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios, y demás controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. cómo se evidencia en el siguiente cuadro 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 auxiliares para demanda inducida contratadas por ops 3 auxiliares de nefermeria para servicio 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 resolucion 202	se diligencia formato estipulado para la respectiva verificacaion el cual va firmado por facturacion, PYM, coordinaor cs panama y auxiliar de 202 se tiene carpeta en escritorio del computador de PYM	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	se realiza revision de RIPS de manera oportuna con el fin de que todo este facturado coretamente con los codigos correspondiente y que este ingresado a la 202 y que se este cumpliendo la metas.	RIPS que se envia de manera mensual a la ese moreno yclavijo se tiene una carpeta en computador de coordinador de facturacion	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a traves de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	En cada computador de la institucion, se encuentra una carpeta con las guías y protocolos de atencion.	se visualiza que cada equipo computo en escritorio se encuentra la carpetas con las guías y protocolos realizando socializacion de cada uno con su respectiva adherencia	33%
	Socializacion de las guías protocolos y normas institucionales	se realiza socializacion de las guías y protocolo por parte de los funcionarios que laboran cs panama	se diligencia lista de asistencia y adherencia alas guías por medio de evaluaciones escritas	33%
	Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE	se realiza cuestionario por medio fisico del protocolo o guías a socializar	evaluaciones por cada guia o protocolo que se sociliza se tiene una carpeta medio fisico con todas la evaluaciones y sus respectivas lista de asistencia	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	se revisa y se actualiza de manera trimestral las guías de maternidad de emergencia obstétrica por parte del medico la jefe y auxiliares de enfermería	se realiza revision de las guia de maternidad aplicandolo a la parte clinica, se realiza adherencia de las guías	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Se realizo capacitacion en guías de atención del parto, crisis hta en el embarazo, código rojo al personal que labora en panama por parte del medico y enfermera jefe .	firmas y evaluaciones en medio fisicoal personal	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa google forms	se realiza cronograma de programacion de las socializaciones de las guías de maternidad	cronograma	16%
Inoportunidad de la atención	Realizar medicion a la oportunidad de la atención de consulta general	De manera mensual se realiza la medicion por medio de la resolución 1552, la cual queda consignado en los indicadores que se envían a la ESE Moreno y Clavijo.	se envía la los correos de la ESE MORENO los primeros dias la resolución 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 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 envían 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, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico	se da conocer al personal que labora en la institucion cronograma de capacitaciones de las guías y protocolos de la institucion	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 aponañamiento del ingeniero para implementar los cuestionarios por google forms	33%
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluacion de Adherencia de la documentación propuesta	el bacteriologo de la institucion realiza cronograma se realizo la adherencia a los funcionaris que trabajan en la institucion sobre la doocumantecion propuesta	se realizan capacitaciones al personal con su fotos, firmas y evaluacion	33%
	plan de trabajo para capacitaciones al plan de trabajo para evaluar al personal	se realiza cronograma del plan de trabajo de que se realiza evaluacion de manera mensual del plan de	socializacion, firmas y fotos.	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	por parte de la regente de farmacia de la ESE Moreno y Clavijo realiza la respectia actualizacion de procesos de farmacia	D:++++RESOLUCIONES FARMACIA 2022	33%
	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%
incumplimiento de la norma	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 realiza cronograma de socializaciones de guías	cronograma de socializaciones	16%
	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se hace a través las BAI (Busqueda Activa de sintomaticos Institucional) de manera semanal, mensual y trimestral, se envían al sistema de vigilancia municipal de Arauquita y a ellos su vez se les envía a ellos los resultados de los BAI.	Se encuentra consolidado en el PC de salud publica: escritorio- sivigila	20%
Silencio Epidemiológico.	Socializacion del formato aprobado	Se socializa los resultados del BAI en el Comité de Vigilancia Epidemiológica(COVE) los BAI. Se evidencia acta de Comité. Pero no tiene formato.	Se tienen en carpetas digital que radican en el pc de salud publica	0%
	Adherencia del formato de control de Evaluacion de la adherencia	No evidencia	No evidencia	0%
	Adherencia del formato de control de Evaluacion 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.	20%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se da adherencia en cada uno de los procesos	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	20%
	Evaluacion de la adherencia	Se evalua la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	20%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	mensualmente se realiza cruce de traslados según bitácoras versus los facturados, dando como resultado el 100% de los traslados facturados en el mes	Como evidencia se dejan las facturas impresas de cada remisión en su respectiva historia clínica de urgencias.	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	se solicitó al referente de misión médica de la ESEMORENOYCLAVIJO la autorización del emblema del parque automotor	Se hace evidencia a través 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 médico por medio del CRUE y CORREO	como soporte tenemos las llamadas vía telefónica y los correos electrónicos 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 bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión médica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión médica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible misión médica hoja de traslado	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Los libros de actas o bitácoras se diligencian en urgencias y reposan en el mismo servicio, el conductor diligencia otra bitácora, además se diligencia el formato de traslado de pacientes y misión médica	libro de ingresos (servicio de urgencias) libro o bitácora de remisiones (servicio de urgencias) bitácora de remisiones en la ambulancia boleta de combustible registro de combustible misión médica hoja de traslado	20%
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 diligenciando el libro de registro diario y semanal de salidas para las diferentes áreas de atención.	libro de acta farmacia -registro formulas medicas	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	se realiza reporte los primeros 5 días del mes en la plataforma vigiflow por parte de la auxiliar de farmacia.	D:\8 informe de enero y febrero marzo \indicadores agosto\indicador 2	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	se realizó inventario y se hizo descargue en el sistema morcyca	D: plan de acción 2022/3 iten	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	se realiza la semaforización mensual de medicamentos y dispositivos médicos. se realiza acta de baja a los vencidos. se realiza actas de próximos a vencer	D:\8 informe de enero febrero marzo	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 2022. Se obtuvo un puntaje del **100%**, descrito en el cuadro a continuación:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Sanción por parte de la superintendencia de salud.	Diseñar formato de seguimiento de la ejecución de PAMEC	Se tiene formato, Autoevaluación y seguimiento PAMEC 2022.	Ruta: Equipo, Documentos, Gestión 2022/ SOG 2022 / Pamec 2022. GGC-FO-021	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.	Durante el primer trimestre se realizó auditoría para el cumplimiento de las actividades, La primera se realizó en el mes de Marzo, con su respectivo análisis, recomendaciones 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	Actualmente se encuentra en ejecución de su actualización, la cual integra el mapa de proceso, como la caracterización de los procesos y subprocesos de la entidad.	Se cuenta registro fotográfico y actas de asistencia a las reuniones de dicha actualización	33%
	Seguimiento de ejecución Plan de Trabajo para la transición de la norma NTC GP:1000 a ISO 9001:2015	Actualmente se encuentra en ejecución de su actualización, la cual integra el mapa de proceso, como la caracterización de los procesos y subprocesos de la entidad.	Se cuenta registro fotográfico y actas de asistencia a las reuniones de dicha actualización	33%
Desconocimiento de las guías, manuales, protocolos, procedimientos y formatos.	Realizar seguimiento a la adherencia de guías, manuales, protocolos, procedimientos y formatos en los procesos.	Se han realizado seguimientos a la documentación en la red Hospitalaria la cual consta de Hospital san Antonio de Tame, Hospital san Ricardo de Pamplona, Hospital san Francisco de Fortul, Hospital san Lorenzo de Arauca.	Se evidencian actas de asistencia, registro fotográfico e informes al seguimiento. PC gestión de la calidad, Escritorio.	33%

4.4.2 GESTIÓN JURÍDICA:

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión jurídica, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. Se obtuvo un puntaje del **70%**, Falta actualizar y socializarlo el Manual de Contratación y la Actualización del normograma de la entidad A continuación se describe en el cuadro a continuación:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Direccionamiento de contratación en favor de un tercero.	Socializar Manual de Contratación	El manual se tiene desde el 2019, siendo socializado en la época. No se realizó socialización de este ni actualización	Se encuentra en el pc de jurídica el manual	0%
	Realizar legalización de contratos dentro de los términos según Contratos Celebrados	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos.	33%
	Realizar Contratos según solicitud en estudios previos presentados por los subgerentes, asesores o líderes de procesos	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos, en archivo de oficina jurídica.	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 página de SECOP y SIA	Se realiza el cargue de SIAU y SECOP, dentro de los plazos establecidos.	verificación en páginas web respectivas.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

Incumplimiento Legal	Realizar contestación de las demandas dentro de los términos	Se recibió 1 demanda dentro del primer trimestre 2022 en el cual se lleva la información en el informe de gestión	PC Jurídica externo	33%
	Actualización del normograma de la entidad	No se encuentra actualizado	No cuentan con el normograma en jurídica	0%
	Realizar de respuestas a las acciones de tutelas de manera oportuna dentro de los términos	Se contestan dentro de los términos legales y establecidos por el despacho, se realiza seguimiento desde la oficina jurídica. En el primer trimestre del año 2022, se contestaron 6 tutelas oportunamente.	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	no se encuentra socializado y legalizado.	La oficina de Jurídica no cuenta con el normograma	0%

4.4.3 Control interno

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 2022. Se obtuvo un puntaje del 100%, descrito en el cuadro a continuación:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Sanción por parte de la superintendencia de salud.	Actualización del normograma del proceso	Se encuentra actualizado	Se encuentra en la página www.esemoreno.gov.co , pestaña Acceso a la información y transparencia normatividad, sujetos obligados orden territorial. Se encuentra en Pc de apoyo control Interno.	33%	Para el mes de enero se realizó la actualización del normograma
	verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditorías	Se realizó el 28 de diciembre del 2021 para vigencia del 2022 y el 25 de marzo 2022 se realizó actualización del plan de auditoría	Se tiene en físico, en la oficina de Control Interno.	33%	Se tiene evidencia de la actas de reunión para su actualización
Desactualización de los documentos del sistema.	Entrega de Informes de acuerdo a las auditorías y seguimientos realizados	Para el primer trimestre se entregaron 3 informes mensual y el primer informe trimestral del 2022 e informes de ley se entregaron oportunamente.	la oficina de control interno cuenta con una carpeta de los soportes	33%	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

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

5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

- La metodología de seguimiento a través de las visitas a sitios de trabajo, permite lograr una interacción de la oficina de planeación, responsable del monitoreo, con cada uno de los líderes de procesos.
- Para el siguiente monitoreo, se visitarán los centros asistenciales que no se pudieron visitar en el presente ejercicio, como son Hospital de Puerto Rondón, Hospital Cravo Norte, y los centros de salud, de Panamá y Puerto Jordán.
- Fue común denominador la falta de adherencia y su evaluación, de las guías, protocolos, Manual Actualización del normograma y formatos, usados en cada uno de los procesos.
- Es necesario capacitar al personal responsable de procesos, en evaluaciones de adherencia, a través del formulario de Google Forms; para tal fin se le manifestó al líder de comunicaciones para montar un video tutorial al respecto.
- En algunos centros asistenciales falta la organización de información a través de una red, que permita manejar carpetas públicas donde se maneje la información de Gestión de Calidad y otros mecanismos de control.
- En términos generales, se está cumpliendo con los objetivos trazados a través del Mapa de Riesgos Institucional 2022, los procesos de apoyo y seguimiento y control con mayor relevancia, quedando tareas inmediatas para el proceso asistencial, que deben ser gestionadas por los responsables del mismo.
- Se debe dar una orientación desde Gestión de Calidad, para validar o actualizar guías, formatos y procedimientos, en cada una de las áreas de trabajo.
- 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 2022.



Paula Andrea Duarte Lizarazo
Asesor de Planeación

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO