MORENO & CLAVIJO
Empresa Social del Estado Departamental

CONSTRUYENDO FUTURO

III INFORME MONITOREO MAPA DE RIESGOS 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

VIGILADO Supersalud

Tabla de Contenido

INTRODUCCION..... 4
1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO..... 5
1.1 MISIÓN..... 5
1.2 VISIÓN. 5
1.3 PRINCIPIOS..... 5
1.4 VALORES..... 5
1.5 MAPA DE PROCESOS..... 6
1.6 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN..... 6
2. CRONOGRAMA SEGUMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL. 7
3. METODOLOGÍA. 9
4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO..... 9
4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS..... 9
4.1.1 SIAU 9
4.1.2 COMUNICACIONES. 10
4.1.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN. 11
4.2 PROCESOS DE APOYO 13
4.2.1 SUBGERENCIA EN SALUD..... 31
4.2.2 PRESUPUESTO. 13
4.2.3 CONTABILIDAD. 15
4.2.4 CARTERA. 16
4.2.5 ALMACEN. 18
4.2.6 TESORERIA..... . 19
4.2.7 FACTURACIÓN..... 22
4.2.8 GESTIÓN DOCUMENTAL..... 24
4.2.9 TALENTO HUMANO. 26
4.2.10 GESTIÓN DE SISTEMAS..... 28
4.2.11 GESTIÓN AMBIENTAL. 29
4.2.12 INFRAESTRUCTURA. .....**¡Error! Marcador no definido.**
4.2.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ARÉA BIOMEDICA..... 31

4.3 PROCESOS MISIONALES. 31
4.3.1 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME..... 38
4.3.2 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL..... 53
4.3.3 HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA. 63
4.3.4 HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE..... 64
4.3.5 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 78
4.3.6 HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI 78
4.3.7 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL. 79
4.3.8 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ. 79
4.4 PROCESOs DE EVALUACIÓN. 79
4.4.1 GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD..... 79
4.4.2 GESTIÓN JÚRIDICA: 81
4.4.3 CONTROL INTERNO: .....**¡Error! Marcador no definido.**
5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES. 84

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.

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

1.1 MISIÓN.

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

1.2 VISIÓN.

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

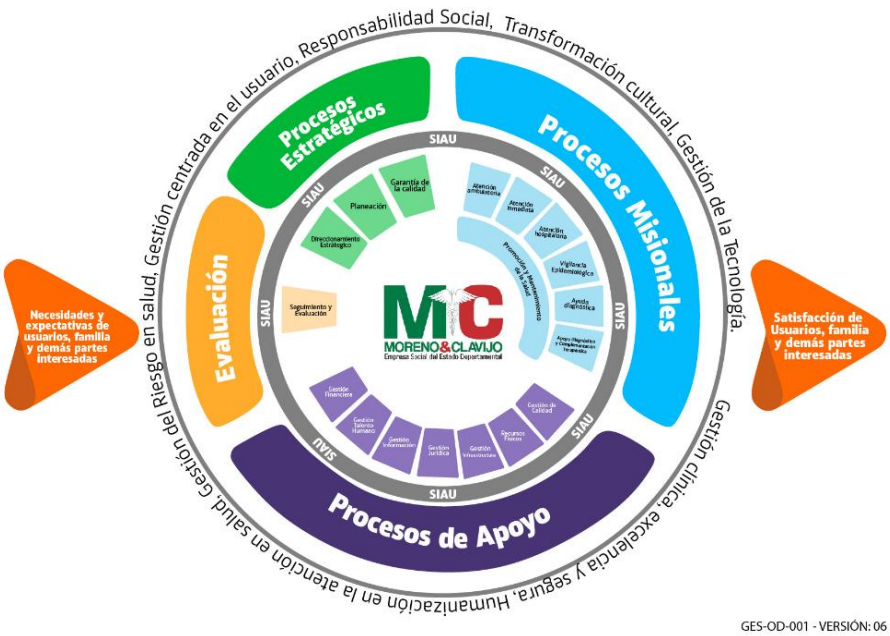
1.3 PRINCIPIOS.

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

1.4 VALORES.

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

1.5 MAPA DE PROCESOS.



1.6 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

El 30 de enero de 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.

La guía para la elaboración del mapa de riesgos, fue actualizada por la Función Pública en diciembre 2020, este cambio hace que el Mapa de Riesgos y la política del Riegos se 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 SEGUMIENTO 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:

MORENO & CLAVIJO
Empresa Social del Estado Departamental

NIT: 900.034.131-8
GES-FO-007 – VERSIÓN 04

CIRCULAR N° 16 DE 2022

De: Gerencia

Para: Subgerentes, Asesores y Líderes de Procesos, Directores de Hospitales y Coordinadores de Centros de Salud

Asunto: Cronograma Monitoreo de Plan de Acción **Anual operativo**, PAAC y Mapa de Riesgo.

Fecha: Tame- Arauca, 26 de diciembre de 2022

Dando cumplimiento al último monitoreo y seguimiento del **Plan de Acción Anual operativo, PAAC Y Mapa de Riesgo 2022**, por parte de Planeación y Control Interno, se da a conocer el cronograma de las actividades contempladas a partir del lunes 11 de enero 2023.

CRONOGRAMA DESARROLLO DE ACTIVIDADES

	HOSPITALES	MODALIDAD	FECHA DE CAPACITACIÓN	HORA
1	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	Presencial	Enero-11-2023	8:00 am 3:00 pm
2	SEDE ADMINISTRATIVA	Presencial	Enero -12-2023	8:00 am 3:00 pm
3	CSJJC PUERTO JORDAN	Presencial	Enero -19-2023	8:00 am 3:00 pm
4	CS PANAMA DE ARAUCA	Presencia	Enero -19-2023	8:00 am 3:00 pm
5	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Presencial	Enero -16-2023	8:00 am 5:00 pm
6	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	Presencial	Enero -17-2023	8:00 am 3:00 pm
7	HOSPITAL SAN FRANCISCO FORTUL	Presencial	Enero -18-2023	8:00 am 3:00 pm
8	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Virtual	Enero -13-2023	8:00 am 3:00 pm
9	HOSPITAL SAN JUAN DE PUERTO RONDÓN	Presencial	Enero -20-2023	8:00 am 3:00 pm

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO
Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca) Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co
VIGILADO Supersalud

Recomendaciones:

Con la finalidad de realizar las actividades sin contratiempos en los diferentes Hospitales y Centros de Salud, se recomienda a los directores y líderes de procesos socializar este cronograma con su equipo de trabajo; así mismo contar con las información disponible y organizada para el monitoreo y seguimiento.

El hospital de Cravo norte se le aplicara el monitoreo y seguimiento virtual, enviando la información a los siguientes correos.
planeacion@esemorenoyclavijo.gov.co cinterno@esemorenoyclavijo.gov.co

apoyoplaneacion@esemorenoyclavijo.gov.co apoyocinterno@esemorenoyclavijo.gov.co

WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO
Gerente

Elaboró: Nelly Marquez - Apoyo planeación
Revisó: Paula Andrea Duarte Lizarazo /Asesor Planeación
María Amparo Vanegas / asesora Control Interno

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 trasparencia de la información, se visitó la coordinación SIAU un cumplimiento del 100%:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Incumplimiento a la normatividad	Levantamiento de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	Se cuenta con el manual	Esta en archivo digital, Carpeta SIAU, subcarpeta Guías y Protocolos	33%	Actualmente el Manual se encuentra en ajustes.
	Socialización de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	Durante el tercer cuatrimestre del año 2022 se realizó actualización del procedimiento de PQRSDF	En archivo digital se observa registro de asistencia a socialización en usuarios y funcionarios	33%	Se observa socialización vía correo electrónico
	Socializar en cada uno de los procesos el Manual de Gestión y Atención al Usuario SIAU	Se llevo a cabo en cada uno de los municipios en los hospitales y centros de salud	Pc: escritorio, SIAU 2022, Informe mensual	33%	Para el tercer cuatrimestre se realizó la socialización del manual de atención al usuario en toda la red hospitalaria en el cual la ruta es de: , se observa por municipio, después por mes. Se

					visualiza registro de asistencia y registro fotográfico de las socializaciones
	Aplicación del consolidado de las PQRSDF tanto en las IPS como en la sede Central.	Se realizo el consolidado de manera mensual, del tercer cuatrimestre del 2022	Esta en archivo digital, escritorio de SIAU 2022, Actividades SIAU, Matriz de reporte mensual	33%	Se observa el consolidado de manera mensual de las PRQ de la red hospitalaria por meses, como de la sede central.

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:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 12 Mes: enero Año: 2023					
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Perdida de archivo digital: Audiovisual y fotográfico	Hacer Backus las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual. Que tenga respaldo	Se realiza Backus, cada 3 meses incluyendo el trabajo audiovisual.	Esta en un disco externo duro institucional. Ultimo Backus realizado en el mes de Diciembre/ 2022 por el área de gestión sistemas. Se trabaja directamente en disco duro de la empresa.	**33%**	De igual forma se realiza el cargue de la información en la página institucional RUTA: pc comunicación, disco duro Moreno y Clavijo, año 2022, se visualiza carpetas con los meses

Divulgación de la información con posibles errores	Divulgaciones del portafolio de servicios de la oficina de información y prensa.	Se realizó video sobre el portafolio de servicios de le entidad en el mes de julio 2022	Se observa el video y portafolio de servicios dentro de la página de la entidad	**33%**	Carpeta esemorenoyclavijo/mes de julio/videoportalofio de servicio. Portafolio: Carpetamorenoyclavijo/mesdeabril/portafolio de servicios 2022
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 tercer trimestre del 2022 se han realizado las publicaciones solicitadas por el área de SUAI y demás dependencias que presentan la necesidad.	**33%**	No se encuentra la necesidad de implementación y verificación de nuevos tramites

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	OBSERVACIONES
Incumplimiento de la normatividad	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	Recepción de la información estadística mensual	Carpeta en el PC Sistemas de de Información: DiscoD/sisinformacion, se encuentran las carpetas de la	**33%**	PC Sistemas de de Información: DiscoD/sisinformacion

			validación y informes de manera mensual. Se evidencia en el informe de gestión de cada proceso.		
	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 están recibiendo los primeros 5 dias de cada EPS, desde los hospitales y centros de salud.	**33%**	PC Sistemas de de Información: DiscoD/sisinformacion
Baja disponibilidad de información al usuario	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	Capacitación desde el área de SIAU	Se realizaron desde el área de SIAU en el mes de octubre 2022	**33%**	
	Diseñar, socializar y realizar adherencia de formato de Control de todos los informes de los procesos que deben estar publicado en la Página Web de la entidad	Se evidencia socialización de informe de análisis de prestación de servicios	No se evidencia diseño, socialización, ni realización de adherencia de formato de control de todos los informes de los procesos de la entidad.	**0%**	Se recomienda ajustar este item al proceso para la vigencia 2023

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 evidencia en PC de Sistemas de información, se recibe información mensual desde el área de correspondencia y se adjunta trimestralmente en informe de gestión.	**33%**	

4.2 PROCESOS APOYO

4.2.1 PRESUPUESTO.

Este proceso, que es parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un resultado del **100%,** Se recomienda hacer actualización de procedimiento del proceso presupuestal para la vigencia 2022, como se evidencia en el cuadro a continuación:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 12 Mes: enero Año: 2023					
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Incumplimiento de la Norma por desconocimiento de la misma	Actualización del normograma	Esta actualizado, no se encuentran actualizaciones para realizar en el tercer cuatrimestre 2022	Se evidencia en: Equipo presupuesto, Disco local, Presupuesto, Retención documental	**33%**	Para la vigencia del 2022 no se han presentado ningún cambio GPL-FO-008. se recomienda acuerdo de junta directiva ESE Moreno y Clavijo para el año 2023
Desactualización de procedimientos del proceso presupuestal	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se cuenta con la instructiva versión 2- 2016	Se evidencia C/presupuesto/retenciondocumental/año2021/presupuesto2022	**33%**	Se realizo actualización de caracterización del proceso como el formato de indicadores en el mes noviembre 2022
Desconocimiento del manejo del software	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se cuenta con la instructiva versión 2- 2017	Se evidencia C/presupuesto/retenciondocumental/año2021/presupuesto2022	**33%**	Se recomienda hacer actualización a la vigencia 2023 con nuevo software salud360
	Realizar Adherencia de los procedimientos documentados	Se realizo adherencia en el mes de diciembre 2022 para nueva funcionaria del área.	En medio magnético: disco local C: presupuesto/retenciondocumental/2021	**33%**	(Queda pendiente la socialización de la actualización de caracterización del proceso)
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 ESTADISTICA del DANE y con la Resolución 1355 de 2020, anexo 1 y 2, versión 3.	**33%**	Se realizó adherencia en el año 2022, verificar formato diligenciado.

4.2.2 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:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 05 Mes: Septiembre Año: 2022					
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
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 Políticas 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 envió de acta por parte de almacén para el registro	Adherencia de los controles diseñados	Hay controles diseñados para conciliar por medio de actas con almacén.	Se encuentran en el manual contable.	**33%**	
Ausencia de registro en el sistema	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%**	Actualmente no hay hallazgos para realizar actualización

	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%**	

4.2.3 CARTERA.

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

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Favorecimiento a Terceros por concepto de objeciones	Actualización de Normograma, y socialización del mismo en las diferentes sedes de la ESE	Durante el tercer Cuatrimestre del 2022 no hubo modificaciones dentro del normograma ya que no se encuentran cambios en la normatividad (Se tiene manual de cartera actualizado de fecha 27 de agosto 2020)	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normatividad 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	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%**	

	Hospitales y centros de salud				
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 en el tercer cuatrimestre se realizó fue de manera mensual , con sanitas, nueva eps, convida, pijaos, positiva, salud colmena, salud total, Uaesa, capresoca. En el mes de diciembre 2022 se realizaron 3 conciliaciones.	**33%**	Se están utilizando actas de reunión con firma digital, pero reposan en físico.
	Socialización procedimiento cartera	Durante el tercer cuatrimestre del 2022 no hubo modificaciones dentro del normograma ya que no se encuentran cambios en la normatividad (Se tiene manual de cartera actualizado de fecha 27 de agosto 2020)	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normatividad 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 procedimiento, políticas ya que no se han encontrado hallazgo para modificación	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normatividad 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 segundo cuatrimestre del 2022: con sanitas, nueva eps, convida, pijaos, positiva,	Se evidencia a través digital PC en el correo de cartera	**33%**	

		salud colmena, salud total, Uaesa, capresoca.			
	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. De igual forma se están enviado de manera mensual requerimientos de pago a cada una de las diferentes eps con un total de 122 requerimiento	Existe formato estandarizado por super salud sobre acuerdos o compromisos: Seguimiento compromisos	**33%**	Envía acta de la reunión digital

4.2.4 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, no está trabajando en salud 360 el nuevo software como se evidencia en el siguiente cuadro:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 12 Mes: enero Año: 2023					
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Perdida de recursos físicos	Realizar el inventario físico de la Entidad	No se han realizado inventarios. No se realizó a 31 diciembre 2022	No se encuentra evidencia	**0%**	
	Actualizar el manual de procedimientos de almacén	Se encuentra desactualizado. Se encuentra en ajustes según recomendaciones de control	No hay actualización en 2022	**33%**	Se recomienda realización la actualización del procedimiento de almacén según de la

		interno por auditoría realizada en el mes septiembre 2022			normatividad a la fecha
	Socialización de formato y manual actualizado	No evidencia	No hay evidencia	**0%**	
	Adherencia formato de control y manual de proceso	No evidencia	No hay evidencia	**0%**	
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar el normograma y la documentación del proceso de gestión de adquisiciones	Se cuenta con normograma incluido en manual de procedimientos del proceso de almacén 2022	Ruta: Disco local/almacen/almacen2022	**33%**	
	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de dotación industrial	Se cuenta con evidencia de informes de seguimiento de: infraestructura, equipos biomédicos y equipos industriales.	Ruta: Disco Local C / 2022 / Plan de mantenimiento Hospitalario	**33%**	Se evidencia informe Mantenimiento Preventivo y Correctivo de 1,2 y 3 trimestre recibidos por la Arquitecta contratada por la ESE para este fin. Se recomienda solicitar informe 4 trimestre y verificación si es necesario envió de informe a Unidad de Salud Arauca

4.2.5 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 transferencias	Se cuenta con el formato establecido por cada banco.	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Misdocumentos/bancocajasocial/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: Misdocumentos/bancocajasocial/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 archivado en medio magnético	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Misdocumentos/bancocajasocial/bancoagrario2022.	**33%**	Se reciben el paquete para pagos por hospitales y centros de salud y así mismo se realiza la trasferencia.
Registrar de manera incompleta las Ventas	Seguimientos diarios a Movimientos de Bancos	Se lleva en el sistema el control desde el portal bancario en el PC, registrando movimientos en dinámica a través de recibos de caja.	Ruta: Se encuentran en los portales del banco y en dinámica.	**33%**	Se descarga el movimiento diario de banco y se registran los movientes en el boletín diario de tesorería.
	Reporte Semanal al área de Cartera	Se envía al correo de cartera cuando hay ingresos por identificar o se hece de manera presencial junto con cartera	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	Se realiza por medio de las notas bancarias o recibos de caja.	En el software dinámica gerencial, por consecutivo ascendente y se imprime inmediatamente.	**33%**	Se hace registro para el boletín de tesorería

	correspondiente				
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 realiza los primeros días, cuando se reciben los extractos bancarios	Se tienen en físico, formato GTE-FO-002. Versión No 1.	**33%**	Se realiza los primeros 5 días de cada mes a través de notas bancarias quedando registradas en el softawre
	Cruzar información mensual con contabilidad y cartera para hacer el respectivo registro de las actas conciliatorias	Se realiza de manera mensual con líder de contabilidad y cartera	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. Ultima acta de conciliación en el mes de diciembre para realizar conciliación de noviembre 2022. 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 y comprobantes de egreso de pagos	En el software dinámica gerencial, por banco y por mes.	**33%**	

4.2.6 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	OBSERVACIONES
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 hospitales y centros asistenciales de la red. Se informa el valor y el tipo de contratación.	PC Facturación Ruta: Se deje como evidencia asistencia virtual a capacitaciones y correos electrónicos a cada coordinador.	**33%**	Ultima socialización, realizada en el mes de abril del 2022. No hubo más contratos en el año
	Seguimiento a los motivos de glosas y devoluciones de manera trimestral	Se hace seguimiento trimestral.	En el PC de auditoría, se encuentra en los seguimientos a glosas y devoluciones	**33%**	Se comparte actividad con el área de auditoría.
Personal con conocimientos deficientes e insuficientes	Realizar socializaciones periódicas de los diferentes temas a los facturadores de las diferentes unidades asistenciales	El 12 de enero 2023, se realizó socialización de contratación, rips, informes referentes a salud 360	PC Facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. Facturación, Facturación 2022	**33%**	La capacitación se realizó presencial en el HSAT
	Capacitación periódica al personal del proceso de facturación	En el mes de octubre 2022 se realizó capacitación a todos los hospitales referente a la implementación del nuevo softawre salud 360	PC Facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. Facturación, Facturación 2022	**33%**	Las capacitaciones se realizaron presenciales en cada hospital y centro de salud.
perdida de dinero por facturas devueltas	Seguimiento los motivos de las facturas aceptadas y su responsable	Lo realiza el proceso de auditora y se esta	PC auditoria/ Jota vas / se pasa las aceptaciones a cartera	**33%**	

		cumpliendo efectivamente.			
aumento de motivos de objeciones por mayor valor cobrado	Socialización oportuna de las minutas contractuales, otrosí o modificaciones que se realicen	En el tercer cuatrimestre no se realizó por lo que no hubo contratación nueva	PC Facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. Facturación, Facturación 2022	**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%**	Se evidencia el informe trimestral enviado el día 20 octubre 2022
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 decepcionan desde los hospitales se tienen carpetas digitales por mes y municipio.	PC Facturación Ruta: Facturación//192.168.1.2Z , Scanner facturas	**33%**	Se cuenta documentación en PC de apoyo y radicación, del proceso de apoyo a facturación
	Seguimiento de la facturación radicada en los tiempos de ley	Se realiza a través de actas de facturación radicadas a cada eps, de manera mensual.	Se tiene en medio físico, en la conciliación que se hace con cartera.	**33%**	Estas actas están firmadas por cartera y se radicación las actas se encuentran físico en la oficina de facturación. SE debe radicar los primeros 20 días el mes siguiente facturado.

4.2.7 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
Perdida de documentación	Aprobación, publicación, socialización y aplicación del SIC (Sistema Integrado de conservación) en su componente Plan de Conservación Documental	El instrumento archivístico se encuentra disponible en https://esemorenoyclavijo.gov.co/sistema-integrado-de-conversion-sic/ del cual con el fin de conservar la información se le está dando aplicación, clasificando, organizando descubriendo y posteriormente digitalizando la siguiente información.	En la actualidad se está clasificando, organizando y describiendo la contratación de las vigencias 2012, 2013. información disponible para verificación en oficina de gestión documental. Resoluciones: 2021 actas de junta directiva 2022	**33%**	La información disponible en el computador de la unidad de correspondencia y gestión documental
	Ejecución y seguimiento de PINAR (campañas de socialización de la responsabilidad en la organización de los archivos.	Se le brindo asistencia, orientación y se le compartió el manual de historias clínicas a Panamá, Cravo norte, puerto jordán. Esto con el fin de organizar y garantizar la conversación de las historias clínicas.	Se le dio indicaciones a la oficina de correspondencia continuar con las siguientes indicaciones: cumplimiento de la eficiencia del procedimiento, generación, radicación y distribución de las comunicaciones internas, gestión y tramite de los documentos:	**33%**	Así mismo se le realizaron indicaciones a correspondencia en base al Pinar

			se le dio cumplimiento a la gestión y tramite por parte de la oficina de correpondencia, donde toda comunicación que entra se le hace el respectivo seguimiento de respuesta, registro datos importantes de documentos Excel, así mismo los correos electrónicos de la oficina de correpondencia y gerencias, generaron el proceso buenas prácticas en cuanto actualización de documentos.		
	Realizar seguimiento y control para verificar la organización de los Archivos de Gestión y aplicación de las TRD (Tablas de retención documental).	A la fecha se le ha realizado seguimiento y control a las actas de juntas directivas y actos administrativos (Resoluciones) disponibles en forma física o digitales, en su caso en el pc de correpondencia	Se avanzo en la organización de la contratación de las vigencias 2012-2013, información disponible de verificación en oficina de gestión documental. Así mismo a historias laborales de la oficina de talento humano y	**33%**	Se avanzo en la acomodación del archivo central, del cual se requiere realizar todos los procedimientos de clasificación, organización y descripción, organizando la contratación en salud desde la vigencia 2005 a 2019 información disponible de

			contratación de oficina jurídica y gerencia.		verificar en computador de Auxiliar de archivo de la institución
	Diligenciar los FUID (Formato único de inventario documental) de cada uno de los Municipios y Sede Central, correspondiente al Archivo de Gestión.	Para el segundo cuatrimestre se tiene actualizado en FUID de la oficina de jurídica de la vigencia 2020 en cual adjunto información física para verificar disponible en la oficina de gestión documental	Se avanzo en la descripción de la contratación de la vigencia 2012 - 2013, información disponible para verificar en la oficina de gestión documental	**33%**	

4.2.8 TALENTO HUMANO.

Este proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **63%**, falta la Socialización de los planes de talento humano al equipo de trabaja del mismo, Actualización del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano y su socialización además de la Actualización del Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano como se evidencia en el siguiente cuadro:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 12 Mes: enero Año: 2023				
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 realiza por medio de actualización de formato GTH-FO-011 versión 4	Se diligencia formato actualizado, el 02 de agosto de 2022 para la revisión de documentos hoja de vida	**33%**
	Levantar el procedimiento para legalización de cuentas de contratistas.	Se encuentra procedimiento para legalización de cuentas de contratistas	Se evidencia formato legalización de cuentas, que envían los directores cada mes y directriz para tramites de cuentas de cobro modalidad prestación de servicios.	**33%**

	Socialización procedimiento para legalización de cuentas de contratistas.	Se realizo y se envió a cada uno de los directores de hospitales y coordinadores de los centros de salud.	Se evidencia por correo electrónico a los directores de hospitales, se publicó en cartelera de TH en la sede administrativa y se socializo en los Hospitales.	**33%**
Incumplimiento a la normatividad	Actualización del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	Se encuentra desactualizado.	Se encuentra desactualizado	**0%**
	Socialización y publicación del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	Normograma desactualizado	No hay socializaciones	**0%**
Desconocimiento de los procesos y procedimientos del proceso	Actualización del Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano	No se ha actualizado	No se ha actualizado	**0%**
	Socialización y publicación del proceso de Gestión del Talento Humano	Se han actualizado directrices, actualización de formatos, planes institucionales, en la página web la escala de personal nómina.	Se han actualizado directrices, actualización de formatos, planes institucionales, en la página web la escala de personal nómina.	**33%**
	Implementación de instrumentos de control del proceso	Se actualizo la evaluación de eficiencia de la inducción y reinducción, versión 3, del 02 de agosto de 2022, se maneja formato de legalización de cuentas, formato de consecutivos contrato de personal, elaboración de formato encargos de puestos	Se actualizo la evaluación de eficiencia de la inducción y reinducción, versión 3, del 02 de agosto de 2022, se maneja formato de legalización de cuentas, formato de consecutivos contratos de personal, elaboración de formato encargos de puestos	**33%**

4.2.9 GESTIÓN DE SISTEMAS.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **88%**, como se evidencia en el siguiente cuadro:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 13 Mes: Enero Año: 2023					
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar el normograma de gestión sistemas y tecnologías	El normograma se encuentra actualizado a Dic /2022	Se encuentra inmerso en el PETIC	**33%**	Se evidencia en la pagina Web de la E.S.E
	Actualizar los procedimientos	Se encuentran actualizados a Dic 2022	Se encuentran archivados en: //172.29.22/infosistemas (servidor de datos de sistemas)	**33%**	
	Actualizar el proceso y procedimientos necesarios	Se encuentran actualizados.	Página Web, servidor de la entidad.	**33%**	Plan estratégico de las tecnologías de la comunicación y informaciones 2022, plan de seguridad y privacidad de la información 2022, plan estratégico de tratamiento de riesgo y seguridad de la información
	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. De igual forma se decepcionan indicadores de ejecución de mantenimiento preventivo con sus respectivos soportes.	**33%**	Se realizó el último mantenimiento preventivo de equipos de cómputo en la sede principal en el mes de diciembre 2022. Igual que en los hospitales y centros de salud. Se observa evidencia en el pc de sistemas

Incumplimiento de la normatividad	Actualizar el normograma	El normograma se encuentra actualizado.	Se encuentra inmerso en el PETIC	**33%**	Se recomienda contar con normograma documento individual.
	Actualizar los procedimientos según normograma	Se encuentran actualizados. Se creo el formato GST-FO-017 para copia en seguridad e información digital.	Esta en gestión de calidad / no hubo hallazgos para realizar actualización de formatos.	**33%**	Este año se realizó la socialización y ejecución del formato de copia de seguridad
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	No se realizó adherencia de la documentación en Google Forms	**0%**	

4.2.10 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	OBSERVACIONES
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar y ajustar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se realizo actualización en el mes de Julio del 2022	Se tiene en el pc Ingeniero ambiental, equipo, documentos, ambiental ESE, ESE MyC, 2022, Pgirhs, actualizaciones.	**33%**	Se cuenta con Resolución 2445 de actualización del PGIRHS
	Socializar el plan de gestión integral de residuos solidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se realizo socialización en el mes de Julio 2022	Pc ambiental/ ambiente ese/ esemyc2022	**33%**	Se observa planillas de asistencia y registro fotográfico

	Actualizar normograma de gestión ambiental	Se tiene actualizado 09/07/22	Ruta: Pc PC Ingeniero Ambiental Ruta: C/esemorenoyclavijo/2022/normogramagestionambiental	**33%**	Se recomienda actualizar versión de formato de normograma, según ultima actualización
	Informe de ejecución del plan PGIRHS y plan de mantenimiento hospitalarios de residuos hospitalarios	Se realiza a través del informe de gestión de manera trimestral, el último fue presentado el 14 de octubre 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 PGIRHS	Se realizo actualización en el mes de Julio del 2022	Se tiene el el pc Ingeniero ambiental, equipo, documentos, ambiental ese, ese myc, 2022, Pgirhs, actualizaciones.	**33%**	
	Socializar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se realizo socialización en el mes de Julio 2022	pc ambiental/ ambiente ese/ esemyc2022	**33%**	

4.2.11 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ARÉA BIOMEDICA.

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

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

4.3 PROCESOS MISIONALES.

4.3.1 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 **98%.** Se actualizo 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 en plataforma**.** Lo anterior se evidencia en el cuadro a continuación:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 12 Mes: Enero Año: 2022					
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Durante el último cuatrimestre se contrató más personal para la red hospitalaria, para el cumplimiento de actividades de PYM, las cuales fueron: HSAT 1 medico adicional, 1 auxiliar de enfermería en el HSLA y 1 auxiliar en salud pública.	Se realizo solicitud a subgerencia en salud	**33%**	
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Se hace desde apoyo a PyM, se realiza el cruce de la información de lo facturado.	En el formato estructura riesgo cardiovascular, ruta materno perinatal, planificación, para cada curso de vida se lleva un formato. Ruta: c:/ Documents and settigs/apoyopyp/mis documentos/pyp/matrices2022 c:/ Documents and settigs/apoyopyp/mis documentos/pyp/Informes mensuales	**33%**	
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace seguimiento de manera mensual por parte de apoyo de PyM donde se realiza la verificación de los rips generados durante el mes vs registros diarios de las actividades realizadas y reportadas a cada una de las EPS	En Pc de apoyo PyM se encuentra la información en medio magnético c:/ Documents and settigs/apoyopyp/mis documentos/PyM/Informes mensuales	**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. Se tiene en todos los pc de las instituciones inclusive urgencias.	**33%**	
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se han socializado desde el área de gestión calidad en cada prestador.	Se evidencio en las visitas a los prestadores.	**33%**	
Baja adherencia de guías, protocolos y normas	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se reviso y actualizaron las guías en emergencias obstétricas.	Se envían por correo institucional y se almacenan en disco: D/año2021/capacitaciones/herramientapoblacion gestante/rutamaternoperinatal	**33%**	

institucionales	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.	Durante este último cuatrimestre se han realizado capacitaciones a personal, en los siguientes temas: protocolo de inserción de catater vesical, emergencias internas del hospital, diagnósticos mas consultados, otros temas relacionados con los servicios, protocolo de atención de urgencias psiquiátricas, socialización de enfermedad más consultada, socialización de protocolo de reanimación, guía de aspiración de secreciones, protocolo de signos vitales, socialización binomio madre e hijo.	Se encuentra en el correo institucional de PyM en el drive	**33%**	
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google forms	Se observa evaluaciones en el tercer cuatrimestre la ruta materno perinatal de manera digital por Google forms	Se encuentra en el correo institucional de PYM en drive	**33%**	
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se reciben indicadores del área de sistemas de información, como indicadores de seguridad, de experiencia en la atención y se consolidan trimestralmente.	Ruta: documentos2022/plandeacccion2022/informedeevaluacionplandeaccion/soportes	**33%**	
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención.	En la área de PyM durante la vigencia 2022 se realizaron los macro comité correspondientes al áreas, cumpliendo con este ítem.	Evidencia: acta de asistencia de comité, disco local E año 2022. Las actas se encuentran digitalizadas	**33%**	
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales. Se realiza cronograma anual 2022.	Se cuenta con cronograma de capacitaciones y/o socializaciones en cada hospital y centro de salud, con sus respectivas evaluaciones de adherencias realizados por Google forms o en medio físico, cuando no ha sido posible realzar las evaluaciones por internet.	Se cuenta con evidencia en cada hospital.	**33%**	

	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	Se cuenta en cada hospital y centro de salud. Se realiza en medio físico y/o em medio magnético.	Se cuenta con evidencia en cada hospital.	**33%**	
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Se realiza desde cada hospital y centro de salud y se reciben evidencias a la sede central por medio correos electrónicos	Pcliderseguridadpaciente /escritorio/docuemntos222/soportes pamec/evaluacionyadherenciade procedimeitosdelaboratorio	**33%**	
	Adherencia de la documentación propuesta	Se realiza desde cada hospital y centro de hospital y se reciben evidencias a la sede central por medio correos electrónicos	Pcliderseguridadpaciente /escritorio/docuemntos222/soportes pamec/evaluacionyadherenciade procedimeitosdelaboratorio	**33%**	
	Plan de trabajo para capacitaciones al personal	Todos los hospitales realizan de manera mensual capacitaciones, relacionadas con el proceso	Disco local E año 2022 plan de acción tercer cuatrimestre ítem 23 socialización de guías - Disco local E año 2022 guías practicas clínicas, cronograma, socializaciones	**33%**	
	Plan de trabajo para evaluar al personal	Todos los hospitales y centros de salud realizan de manera mensual capacitaciones, relacionadas con el proceso	Disco local E año 2022 plan de acción tercer cuatrimestre ítem 23 socialización de guías - Disco local E año 2022 guías practicas clínicas, cronograma, socializaciones	**33%**	
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se realizó actualización en el mes de Nov/2022 y se socializó vía correo electrónico a todos los lideres de Farmacia en los hospitales y centros de salud	Ruta: Pc regente de farmacia, Disco local C, Escritorio, Apoyo terapéutico, Farmacia, Manual de farmacia	**33%**	
	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se cuenta con manual de la vigencia del 2020. En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso y su socialización a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Se cuenta con manual de la vigencia del 2020. En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso y su socialización a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**20%**	

	Socializar el proceso documentado	En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso, una vez actualizado se socializará a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso, una vez actualizado se socializará a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**33%**	
	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizará las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizará las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**33%**	
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación.	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación.	**33%**	Se recomienda realizara justes a item para año 2023
	Socialización del formato aprobado	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica formato	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica formato	**33%**	

	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	**33%**	
	Evaluación de la adherencia	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica evaluación adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica evaluación adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	**33%**	
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Elaborar procedimiento de los PIC	Formato de calidad	**33%**	
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se hace adherencia a través del formato y de los informes. Se hacen de 2 formas, uno para el proceso interno de la ESE, y el otro adaptados a cada municipio donde esta el programa	**33%**	

	Evaluación de la adherencia	Evaluación de la adherencia	Se hace adherencia a través del formato y de los informes. Se hacen de 2 formas, uno para el proceso interno de la ESE, y el otro adaptados a cada municipio donde está el programa	**33%**	
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Cada coordinador de hospital o centro de salud, envía certificación de estos cruces realizados, firmados por ellos y el respectivo coordinador.	Ruta: Mis documentos 2022/plandeaccion2022/informesegundaevaluacion/plandeaccionysoportes	**33%**	
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se solicitaron a la UAESA a través de oficios y/o correos. Todos los hospitales y centros de salud, cuentan con autorización de los emblemas de Misión Medica por el año 2022	Ruta: Escritorio/documentos/misionmedica2022/solicitud de emblema y en medio físico, archivado en carpeta.	**33%**	
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Cada coordinador de hospital o centro de salud, envía certificación de estos cruces realizados, firmados por ellos y el respectivo coordinador.	Ruta: Mis documentos 2022/plandeaccion2022/informesegundaevaluacion/plandeaccionysoportes	**33%**	
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Cada coordinador de hospital o centro de salud, envía certificación de estos cruces realizados, firmados por ellos y el respectivo coordinador.	Ruta: Mis documentos 2022/plandeaccion2022/informesegundaevaluacion/plandeaccionysoportes	**33%**	
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contra referencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Durante este cuatrimestre se elaboró documento de registro y control de consumo de combustible y formato para solicitud de mantenimientos de ambulancia.	Se entregan para consolidar de los informes de gestión. Ruta: Documentos/informedegestión/2022/segundotrimestre	**33%**	
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se recibe mensualmente por medio de registro de consumo de combustible de cada hospital	Ruta: Mis documentos 2022/plandeaccion2022/informesegundaevaluacion/plandeaccionysoportes	**33%**	
Entrega Incompleta en el tratamien	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos,	Se relacionan los formatos de manera mensual GFM-FO.018 y se decepcionan en medio magnético.	Se tienen en digital PC Farmacia sede central, Ruta: C/regentefarmacia2022/	**33%**	

to Terapéutico de los pacientes atendidos	Según solicitud de Necesidades.		escritorio/apoyoterapeutico/indicadores.		
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	Reportar mensual VIGIFLOW, de toda la red hospitalaria. Se realizo extemporáneo el reporte de tecnovigilancia en 0.	Pantallazos del programa. Se tienen en digital PC Farmacia sede central, Ruta: C/regentefarmacia2022/ escritorio/apoyoterapeutico/indicadores.	**33%**	La Tecnovigilancia está bajo responsabilidad del ingeniero Biomédico, en los momentos que se visitó para hacer seguimiento, no se encontró.
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se realizó en cada hospital y centro de salud en el mes de septiembre 2022. Sin embargo, a 31 Dic/2022 no hay inventario real consolidado.	Por dificultades presentados en salud360 no se ha ajustado inventarios. Se plantea para el 30 de enero/2023 realizar ajuste en todos los hospitales y centros de salud.	**20%**	
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se hace mensualmente. Se recibe desde los hospitales y centros de salud de la red, los diferentes reportes de próximos a vencer para su rotación y el reporte de los vencidos, así mismo se hace seguimiento permanente de la semaforización correspondiente.	Se hace de manera física en reportes y se reciben por medio de correo electrónico. Ruta: Disco local c/ Regencia de farmacia/escritorio/ apoyo terapéutico/ indicadores - vencidos o próximos vencer 2022	**33%**	

4.3.2 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 **97%,** 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:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 11 Mes: Enero Año: 2023					
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se cuenta con el sigueinte personal a 31 Dic/2022: Termino Fijo: 82 funcionarios (entre: Auxiliares de Enfermería, Apoyo estadística y archivo, Apoyo coordinación PyM, Auxiliares de laboratorio, sispro, cajeros, servicios generales y vacunador) Nomina: 10 funcionarios (directora, enfermeros SSO y Médicos SSO) OPS: 85 contratistas (Auxiliares administrativos, Aux. de archivo, de farmacia, aux. de mantenimiento, Aux de odontología, Odontólogos, Conductores, Enfermeros, Fisioterapeutas, Médicos generales, Psicólogos, Aux. de enfermería, Trabajador Social, Técnicos de estadísticas, facturación, mantenimiento, tecn de Rayos X, Cajeros facturador, Porteros,	Todos con contratos: Personal de nomina, OPS y termino fijo.	**33%**	

		Vacunador red de frio, Auxiliar Pai, Tec.sistema de Informacion)			
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 (202/2021) de forma quincenal - SISPRO	Se hace de manera quincenal revisión de los RIPS en conjunto con la auxiliar encargada de la 202, coordinador de facturación, coordinadora del PYM, se consolida la información de Pto Jordán y Tame, con el fin de verificar que todo este facturado, se esté cumpliendo con las metas correctamente, ingresado en la resolución 202 y se hacen los cargues a las respectivas plataformas	Se diligencia formato estipulado para la respectiva verificación el cual va firmado por facturación, PYM de 202 /2021	**33%**	Ultimo cargue realizado 10/01/2023, correspondiente al mes de diciembre 2022. Se recomienda realizar los ajustes pertinentes en salud 360, para que arroje las variables requeridas en programas de PyM de la resolución 202.
	Seguimiento de RIPS de forma permanente PYM	Se genera informe de facturación de los rips, detallado, se hace de forma diario/semanal, revisando datos de usuarios comparándolos registros diarios de PyM. Se reúnen con directora de hospital, líder de cada EAPB para	Se realiza acta de revision/cruce física, en carpeta en PYM, igual, se hacen al correo de PyM semanalmente.	**33%**	Se evidencia acta de reunión el día 09 de diciembre 2022

		verificar metas semanales según registros en sofware.			
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 encuentra compartida carpeta que contiene guias Manuales, protocolos y guías de la institución.	Compartida en red de la institucion desde el servidos del HSAT.	**33%**	
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se realiza socialización de guías desde la coordinación de PyM, se les informa por medio de grupo de wathsapp de equipo de PyM.	Se encuentra en carpeta en medio digital desde el equipo de coordinación de PyM.	**33%**	
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE	Se realizan evaluaciones a través de cuestionarios físicos al personal.	Se evidencian los cuestionarios y evaluación en atención en salud para la vejez, el dia 05 de diciembre 22, se realiza el análisis correspondiente con plan de mejora	**33%**	
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales - JEFE	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se encuentra Guía practica clínica para la prevención detección temprana y tratamiento de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se cuenta con modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de	Se encuentra compartida en los equipos del HSAT, desde la red compartida.	**33%**	

		salud del Minsalud.			
	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 3100/2019	El personal ha recibido socialización en estas guías de manera presencial: Socialización de guía de maternidad segura:12/10/22, socialización guía trabajo de parto, monitorie fetal , atención al recién nacido:10/08/2022, guía código rojo:10/10/22	Evidencia en físico, en az de asistencia a capacitaciones, archivada en oficina de coordinación de urgencias.	**33%**	
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google forms	Se evidencia evaluación de adherencia en medio físico	se evidencia: en medio físico.	**33%**	
Inoportunidad de la atención ---- ESTADISTICA*SISTEMAS	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general. Res.1552/256	Se realiza en el proceso de estadística en el cual, la medición de la oportunidad de citas en el último cuatrimestre ha disminuido el tiempo en la oportunidad a 3 días promedio según los 1552 y 2 días promedio en la 256 para consultas por primera vez.	Se almacena en el computador de estadística: Ruta: Documentos, estadística, información resolución 256 tipo 2	**33%**	

	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realizan Macro comité de manera mensual, (comité de SIAU, Seguridad del Paciente, facturación PyM, sistemas, infecciones intrahospitalarias , usuarios y etica hospitalaria, archivos y historias clinicas) donde cada lider de proceso socializa todo lo relacionado con su entorno, se realiza acta, y se escala a la sede admistrativa, a cada lider del respctivo proceso.	Cada líder cuenta con las actas en archivo, se digitaliza y reposa en correos electrónicos de cada lider.	**33%**	
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales EPIDEMIOLOGIA	Realizar cronograma anual de socializacion es en los protocolos, guías, manuales institucionale s teniendo en cuenta el perfil epidemiológi co del año 2022	Se observa cronograma de capacitacione s de manera mensual.	Esta en Pc de salud publica / mis documentos / Salud publica / Cronograma de capacitaciones.	**33%**	Se llevarom a cabo las 16 socializacion es programadas inicialmente.
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	Se realiza socializaciones y se observan evaluaciones de adherencia del mes de octubre /22	Se observa evaluacion de adherencia en medio físico, con fecha del mes de octubre 2022	**33%**	Se recomienda realizar evaluaciones de adherencia en Google forms, para agilizar este procedimient o.
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para	Se tiene un cronograma anual, para	Reposa en carpeta denominada Socialización de Manuales, en	**33%**	Diseñado en el mes de enero 2022

	evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	socialización y evaluación de los manuales de laboratorio, realizado desde el mes de enero 2022	físico, que reposa en la oficina de la jefe de laboratorio.		
	Adherencia de la documentación propuesta	Se evidencia evaluación de adherencia de Google forms.	Se evidencia link en correo electrónica de coordinación de laboratorio y archivadas en físico en la oficina de coordinación de laboratorio.	**33%**	Por Google forms y en forma física
	Plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se registran plan/programa de capacitaciones 2022	Se evidencia en físico y magnético en PC de coordinación laboratorio.	**33%**	Se evidencia capacitación en: Humanización de la atención en salud (tomado por todo el personal de laboratorio) en el mes de oct/22. En el mes de nov/2022 la coordinadora de laboratorio participo en el 20 congreso internacional de bacteriología.
	Plan de trabajo para evaluar al personal	Se hacen evaluaciones internas para evaluar personal, según lista de chequeo de actividades, manuales, protocolos y guías	Se evidencia en carpeta digital, reposa en pc de coordinación de laboratorio.	**33%**	
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se realizo actualización de Manual de Procesos y Procedimientos del servicio farmacéutico, para toda la red	Se encuentra en medio físico en el PC de Farmacia del HSAT Ruta Pc farmacia: escritorio/Manuales	**33%**	Según plan de mejoramiento presentado a control interno, fecha máxima para

		hospitalaria, con fecha del 25 de noviembre de 2022			actualización de Manual es el 30 de Nov/2022
	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	Se cuenta con manual de la vigencia del 2020. En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso y su socialización a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Se cuenta con manual de la vigencia del 2020. En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso y su socialización a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**20%**	Se recomienda su actualización para el 2023
	Socializar el proceso documentado	En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso, una vez actualizado se socializará a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso, una vez actualizado se socializará a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**33%**	
	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizará las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizará las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**33%**	

Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación.	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación.	**33%**	
	Socialización del formato aprobado	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica formato	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica formato	**33%**	

	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS-Sivigila	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS-Sivigila	**33%**	
	Evaluación de la adherencia	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica evaluacion	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica evaluacion adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS-Sivigila	**33%**	

		adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS-Sivigila			
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso ----PIC	Elaborar procedimiento de los PIC	Se cuenta con procedimiento desde la sede administrativa, para trabajar con los municipios	Formato de manejo para cada municipio	**33%**	Para el municipio de Tame se cuenta con 4 contratos PIC y se consolida con Puerto Jordán.
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic, mediante formato de verificación de evidencias y cumplimiento	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	**33%**	
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	**33%**	
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Se toma bitácoras de las remisiones realizadas y se compara con traslados facturados. Se incluye esta información en informe la Dirección, trimestral de acuerdo a solicitudes.	Se encuentra en correo electrónico: referenciatame@esemorenoyclavijo.gov.co El cruce se realiza mediante Excel descargado de salud360 y se registra información igualmente en link generado por jefe de Urgencias, el cual debe ser diligenciado por conductor y auxiliar de enfermería, se compara la información con los rips facturados.	**33%**	
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se solicitan desde Dirección del hospital y los autoriza Subgerencia de Salud.	Se realizo solicitud a UAESA de autorización para los vehículos	**33%**	
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de	Se hace el proceso de manera semanal, el jefe se servicio de urgencia, recibe el llamado, informa al equipo	Reposa en físico en área de urgencias y se reporta en el informe trimestral.	**25%**	Se realizan las reuniones con el equipo de referencia, la última Reunión fue

	forma trimestral.	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 remisiones cada 2 meses y tiempos de llegadas, con el equipo de referencia.			el 26/09/22. Se recomienda realizar reunión mensualmente por cualquier medio.
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	A la bitácora se le hace auditoria por parte del líder de referencia diariamente.	Se verifica hacendó observación directa al documento de bitácora, junto a historia clínica.	**33%**	Se cuenta con auxiliar de enfermería, como apoyo de medio turno para revisión de bitácoras, revisión de historias clínicas y demás.
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contra referencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	En el primer semestre se recibió formato para seguimiento de combustible y mantenimiento de ambulancias, el cual se estableció para control de estos. Los conductores los diligencian y entregan directamente a directora de HSAT.	Se evidencia en forma física.	**33%**	Se diligencia formato de seguimiento de combustible
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs	Desde dirección se autoriza, a través de una planilla de acuerdo a donde se realice el traslado hay una	Se lleva un talonario que maneja la directora y lo verifica cada 2 días.	**33%**	Se recomienda realizar regimiento y dejar evidencia de éste.

	traslado asistencial realizados de manera trimestral.	cantidad asignada para cada recorrido.			
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.	A partir del mes de Octubre/2022 se hace por medio del software salud360, se continúa haciendo por ventanilla de farmacia del HSAT, se entregan medicamentos de PyM; con orden de medico (formula) se verifica que se encuentre facturado en el software y se procede a su dispensación. Paciente por urgencias: se genera de acuerdo al cargue del médico en el software, el auxiliar de enfermería hace uso de medicamentos a pacientes según cargue en la bodega de urgencias de salud360.	Software salud360, tomando despacho de PyM desde farmacia, Urgencias desde bodega de salud 360 que alimenta la Farmacia del HSAT y los auxiliares de enfermería toman y descargan para suministros a pacientes. En el software salud 360, queda la trazabilidad del usuario que ingresa y realiza algún movimiento en este.	**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	Se evidencia última descarga de alerta sanitaria de medicamentos del 14 sep/2022 y de dispositivos médicos del 21/09/2022 que se ajusta a lo expuesto en la pagina del Invima.	**33%**	

		medicamentos. Se aplica farmacovigilancia activa y pasiva.			
Desvíos de recursos físicos FARMACIA	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	A la fecha del seguimiento no se evidencia inventarios al dia, la responsable de farmacia HSAT, manifiesta que se han presentado bastantes dificultades en el software salud360 es de su implementación en el mes de octubre 2022, por lo que las existencias que se encuentran en físico no son iguales a las registradas el software.	Desde la implementación de salud360, se hizo inventario general de farmacia HSAT en el mes de Octubre, para implementación de nuevo software, el cual se envió para cargue inicial a la líder del proceso en sede administrativa. A 31 de Diciembre 2022 no existe corte de inventarios farmacia.	**20%**	Se recomienda implementar estrategia para realizar seguimiento de inventarios de manera trimestral y consolidarlo semestralmente
	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 de se identifica en software para su semaforización. Se hace informe mensual a farmacia de sede administrativa.	Se verifica en el software. Se hace reporte de próximos a vencer a sede administrativa, igualmente acta de vencidos cuando se presentan y se hace rotación en la red hospitalaria para evitar vencimientos.	**33%**	

4.3.3 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 **98%** A continuación, se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este Hospital:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 18 Mes: enero Año: 2023				
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se encuentra el siguiente personal: Por nomina: 8 funcionarios(entre ellos: Director, Médicos SSO, Enfermera SSO y Bacterióloga SSO. Personal termino Fijo: 47 personas (entre ellos: Sistemas de información Pai, Servicios generales, Aux. Sispro, Vacunador rural, Aux. Enfermería PyM, Aux. Enfermería, Aux. Enfermería puesta de salud, Cajero - facturador, Aux. Laboratorio, Higienista oral). Personal OPS: Conductor De Ambulancia, Portero – Celador, Aux. Administrativo, Tac. Mantenimiento, Tec. Sistemas, Aux. Farmacia, Profesional Estadística, Aux. Archivo, Coor. Facturación, Medico General, Enfermero Coor. Urgencias, Enfermera Coor. PyM, Enfermero Coor. Pai, Enfermeras PyM, Psicóloga,	Contratos por OPS y Nomina con corte a 31 diciembre 2022	**33%**

		Odontólogos, Bacterióloga, Terapeuta Física, Terapeuta Respiratoria, Bacterióloga, Vigilancia Epidemiológica, Higienista Oral, Aux. Odontología, Técnico Rayos X, Vacunador Red De Frio, Apoyo Red de Frio, Vacunador Rural y Aux. Enfermería		
	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 PyM, coordinadora de Facturación, Dirección y Auxiliares de 202, Se verifican datos de 202, se cruzan con los RIPS generados por contrato, se deja acta de verificación y revisión y en cada cruce se verifican hallazgos anteriores, y sus correcciones al caso. Y se dejan los nuevos planes para continuar la mejora.	Sispro pasa información a jefe de PyM para cruce de información. Se hace la verificación semanal y según formato diseñado por la ESE, se hace de manera quincenal. En formato PYP-FO-134 verificación de cumplimiento semanal de indicadores.	**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 semanal en conjunto PYM. En el software nuevo se trabaja por sabanas de citas por actividad semanalmente.	Se tiene registro semanal del formato de verificación de los RIPS la última semana del mes, la evidencia se tiene en el pc de la coordinadora de PyM. A final de mes de hace cruce con rips facturados.	**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	Cada pc de las áreas se cuenta con carpetas completas	Se cuenta con carpetas en cada PC	**33%**

	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se han tratado temas como: atención al cuidado preconcepcional, interrupción voluntaria del embarazo, atención para cuidado prenatal, atención de emergencias obstétricas y atención al recién nacido y sus complicaciones prenatales.	Se encuentra en medio magnético realizado por Google forms.	**33%**
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE	Se cuenta con adherencia realizadas. Con un promedio de 64% participantes del total del HSFF	Se encuentran en Google foros, se descargan y guardan las evidencias.	**33%**
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 obstétrica Código Rojo, del año 2007, del Ministerio adoptada. Se encuentra Guía practica clínica para la prevención detección temprana y tratamiento de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se cuenta con modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud del Minsalud.	Se evidencia en Pc de jefe de Urgencias: Disco D: Mapa de Riesgos 2022 y correo electrónico.	**33%**
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las	Durante este último cuatrimestre se han realizado capacitaciones a personal, en los siguientes temas: protocolo de inserción de catater vesical, emergencias	Se evidencia carpeta en físico con evidencia de socializaciones	**33%**

	guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 3100 de 2019	internas del hospital, diagnósticos más consultados, otros temas relacionados con los servicios, protocolo de atención de urgencias psiquiátricas, socialización de enfermedad más consultada, socialización de protocolo de reanimación, guía de aspiración de secreciones, protocolo de signos vitales, socialización binomio madre e hijo.		
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google forms	Se cuenta con adherencia en Google forms	Se cuenta con evidencia en Google forms, en diciembre 2022	**33%**
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 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 Comités de manera mensual, (comité de SIAU, Seguridad del Paciente, Infecciones Intrahospitalarias, historias clínicas, PYM, farmacia, sivigila, referencia y Contrarreferencia, facturación) donde cada líder de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso.	Se encuentran en medio físico y digital, cada proceso tiene su acta.	**33%**
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos,	Se cuenta con cronograma de socializaciones de comité de vigilancia epidemiológica y Protocolos 2022	Se evidencia cronogramas actualizados en medio magnético PC/D: vigilancia2022/programaciones. Ultima socialización fue por lesiones por pólvora y enfermedad trasmitida por alimentos, en 05 Dic/22	**33%**

	guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022			
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	Se cuenta con adherencia en medio magnético en conjunto con el jefe de urgencias de la institución	Se evidencia socializaciones y actas de los meses del cuatrimestre III	**33%**
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Se cuenta con cronograma para la evaluacion de adherencia de los manuales del proceso.	Se evidencia cronograma en medio magnético	**33%**
	Adherencia de la documentación propuesta	Socializaciones de: Manual de bioseguridad y Manual de uso y reusó de material de laboratorio Manual de manejo de residuos en el laboratorio clínico y manual de limpieza y desinfección en el área de laboratorio clínico y de Manual de transporte, conservación y remisión de muestras del laboratorio clínico" y "manual de manual de toma, conservación y transporte de muestras en el área de laboratorio clínico"	Se evidencia socializaciones de temas y evaluaciones de adherencia.	**33%**
	Plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se realizó capacitaciones según cronograma de capacitaciones.	Ultima capacitación en septiembre 2022	**33%**
	Plan de trabajo para evaluar al personal	Se cuenta con cronograma para la evaluacion de adherencia de los manuales del proceso.	Se evidencia cronograma en medio magnético	**33%**

	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra la última versión 5 de noviembre de 2022.	Se tiene el manual actualizado en digital en PC de farmacia, D: misdocumentos/manual de farmacovigilancia	**33%**
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se cuenta con manual de la vigencia del 2020. En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso y su socialización a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Se cuenta con manual de la vigencia del 2020. En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso y su socialización a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**20%**
	Socializar el proceso documentado	En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso, una vez actualizado se socializará a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso, una vez actualizado se socializará a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**33%**
	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizará las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizará las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**33%**
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación.	**33%**

		pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación.		
	Socialización del formato aprobado	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica formato	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica formato	**33%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	**33%**

	Evaluación de la adherencia	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica evaluacion adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica evaluacion adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	**33%**
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Se cuenta con procedimiento desde la sede administrativa, para trabajar con los municipios	Formato de manejo para cada municipio	**33%**
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno del pico, mediante formato de verificación de evidencias y cumplimiento	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	**33%**
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	**33%**
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Mensualmente se envía certificación 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 Contrarreferencia, se	Se evidencia certificación del cuatrimestre III del 2022, y Excel con cruce de traslados de pacientes	**33%**

		hace mensualmente se hace análisis y socialización a coordinadores del área de las áreas. Igualmente, el jefe de Contrarreferencia, 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.		
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con autorización de la UAESA de uso del emblema de misión médico, para el parque automotor del HSFF, con fecha del 06/06/2022	Se cuenta con autorización de la UAESA de uso del emblema de misión médico, para el parque automotor del HSFF, con fecha del 06/06/2022	**33%**
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se mide por medio de un formato estadístico del hospital	Se evidencia en: PcSaludPublica: escritorio/Documentosjefelvan/Informes	**33%**
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se diligencia en Formato: RYC-FO-001 Referencia y Contrarreferencia Bitácora.	Se evidencia de certificación de diligenciamiento de bitácoras, durante el último cuatrimestre, se archivan en medio magnético.	**33%**
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contra referencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se cuenta con formato de referencia y contra referencia - Bitácora, versión 8, formato soporte de combustible, hospedaje y alimentación. Los conductores diligencian formato de seguimiento de combustible y	Se evidencian formatos diligenciados.	**33%**

		formato de control de mantenimientos de ambulancia		
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se cuenta con GES-FO-010 Registro consumo de combustible, en el cual se hace seguimiento mensual y se hace de manera interna un registro en Excel donde se hace el comparativo mensual.	Se cuenta con GES-FO-010 Registro consumo de combustible, en el cual se hace seguimiento mensual y se hace de manera interna un registro en Excel donde se hace el comparativo mensual.	**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.	Para que el paciente reciba su medicamentos y dispositivos médicos: se recibe prefectura de preconsulta. Se soporta para el consumo de estos. Igualen se verifica y registra oportunamente en el software para su correcto seguimiento.	Ordenes de Consulta externa: se verifica en el software y se solicita prefectura. Se archivan en oficina de Farmacia. Se compara con información de historia clínica y se da la salida del software	**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. Capacitaciones a funcionarios y Usuarios.	De Farmacovigilancia: Activa, se cuenta con registro en planillas de farmacovigilancia en usuarios de planificación familiar y con pacientes tercer edad. Pasiva: se presenta esporádicamente cuando hay eventos adversos. Los reportes se tienen de forma digital, soportes arrojados por vigilo. 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	Ultimo inventario físico aleatorio en noviembre 2022. El software no se ha podido realizar, la mayoría de	A diciembre de 2022 no hay evidencia de cierre de inventario, por dificultades presentadas con el software salud 360	**20%**

	Inventarios Semestrales	medicamentos y dispositivos ingresados desde sede administrativa no concuerdan con lo real y físico.		
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se tienen semaforizados en físicos en la sección de cuarentena que 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.	Ultima rotación de inventarios nov/22	**33%**

4.3.4 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 **98%,** 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:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 16 Mes: Enero Año: 2023					
RIESGOS	**ACCIONES PROGRAMADAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se cuenta con el siguiente personal: Nomina: 57 funcionarios (entre: Aux. servicios generales, Auxiliares de enfermería, Sispro y laboratorio; vacunadores rurales, cajeros-facturador) OPS: 62 Contratistas	Se cuenta con contratos cargados en Sea observa y Seco.	**33%**	Se ha solicitado mediante oficio a los correos institucionales de subgerencia en salud, subgerencia administrativa y gerencia la necesidad de la vinculación de otro médico.
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 de forma quincenal	Se hace de manera quincenal revisión de los RIPS en conjunto con la auxiliar encargada de la 202, Sispro, coordinador de facturación, coordinadora del PYM, se consolida la información de Arauquita, con el fin de verificar que todo este facturado, se esté cumpliendo con las metas correctamente, ingresado en la resolución 202 y se hacen los cargues a las	Se diligencia formato estipulado para la respectiva verificación el cual va firmado por facturación, PYM de 202 /2021	**33%**	Ultima reunión 04 enero/2022, correspondiente al mes de diciembre 2022. Se recomienda realizar los ajustes pertinentes en salud 360, para que arroje las variables requeridas en programas de PyM de la resolución 202.

		respectivas plataformas			
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se realiza revisión de RIPS de manera oportuna con el fin de que todo este facturado correctamente con los códigos correspondiente y que este ingresado a la 202 y que se esté cumpliendo la metas.	Se realiza semanal y mensualmente por parte de PYM y coordinadora facturación, se realiza acta de compromisos	**33%**	Se ha mejorado considerable mente por parte del área de facturación el diligenciamiento de finalidades y diagnósticos de las consultas y procedimientos.
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 comparte desde el servidor que se encuentra en PyM, se encuentra compartida en carpeta con las guías y protocolos de atención. Carpeta: Protocolos 2021	Se visualiza que cada equipo computo en escritorio se encuentra la carpeta con las guías y protocolos realizando socialización de cada uno con su respectiva adherencia	**33%**	Igualmente se cuenta compartido en la red interna de sistemas, la carpeta con las guías, protocolos, manuales y demás documentos de importancia.
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se realiza socialización de las guías y protocolo a los funcionarios, en temas como: Res. 3280 la ruta materno perinatal, interrupción voluntaria del embarazo, ruta	Se diligencia lista de asistencia y adherencia a las guías por medio de link de Google forms.	**33%**	Se proyectan en tv en consulta externa.

		cardiovascular, ciclo vejez			
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE	Se realizan cuestionarios por medio de Google, se descargar respuestas con resultados.	Se realiza adherencia a cada guía y protocolo socializado por medio de evaluaciones en físico	**33%**	Se recomienda descargar grafica de Google forms para hacer análisis de adherencia de cada capacitación y socialización.
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se cuenta con guía de maternidad en emergencia obstétricas - Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Recién se recibió guía Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud.	Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del Min Salud. Recién se recibió guía Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud.	**33%**	
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto,	Se realizo capacitación en el mes de octubre, nov, dic 2022 al personal del HSLA	Se cuenta con socialización, listado, evidencias de realización de actividad. Capacitación en: Prevención de ulceras por presión, Correctos de enfermería, Resolución 596 (clasificación de Triare) Plataforma de eventos adversos e Hipertensión arterial.	**33%**	

	reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 3100 de 2019				
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google forms	Se encuentra capacitación realizada el 13 septiembre en atención emergencias obstétricas, basado en 3280	Se cuenta con socialización, listado, evidencias de realización de actividad.	**33%**	Se requiere de las instrucciones del ingeniero para la creación de cuestionarios en la red.
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se observa informe mensual, en el cual se identifica lunes indicadores de medición por medio de la 1552, se identifica la oportunidad de citas en la página de Sócrates. teniendo como principio una oportunidad dentro de 1 días.	La medición de la oportunidad se envía a la sede central los primeros 5 días del mes donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos con la oportunidad, en el cual se envía al área de calidad.	**33%**	
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la	Se realizan Macrocomite de manera mensual, donde cada lider de proceso socializa todo lo relacionado	Se encuentran en medio digital, en el PC de area de SIAU.	**33%**	Actas de cada comité los cuales se envian a cada lider de los proceso de la ESE MORENO Y CLAVIJO.

	oportunidad de atención.	con su proceso.			
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 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%**	Se presento ajuste en los últimos temas de capacitación de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre 2022
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	Se implemento por medio de Google forms	Se evidencia evaluacion de adherencia de viruela símica en el mes de noviembre 2022	**33%**	
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 institución. En cada capacitación o socialización se realiza la evaluacion de adherencia inmediatamente.	Se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual. Evidencias fotográficas, planillas de capacitación y evaluacion realizada. Se encuentra en medio físico, en archivo de laboratorio.	**33%**	Sin observaciones.

	Adherencia de la documentación propuesta	La coordinadora del laboratorio, realiza cronograma de capacitaciones de los manuales de laboratorios dirigido al personal que labora en la institución. Durante el último cuatrimestre 2022 no se realizaron capacitaciones al personal, porque se finalizó cronograma en el mes de agosto 2022	Se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual.	**33%**	Realizar análisis de evaluacion. Se recomienda realizar avaluaciones en medio de Google forms.
	Plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se realiza cronograma del plan de trabajo de que se va a desarrollar durante todo el año 2022.	Se encuentra en medio físico, archivado en laboratorio.	**33%**	Por parte de líder de laboratorio, se hace la observación de revisión de ortografía, redacción. El manual de uso y rehusó de material de laboratorio fue creado por la Dra. Zulema Canas y en el documento aparece creado por otra persona.
	Plan de trabajo para evaluar al personal	Se realiza evaluacion de manera periódica, cada vez que se hace socialización	Se encuentra en medio físico, archivado en laboratorio.	**33%**	Se recomienda diligenciamiento completo de planillas de socializaciones, como

		y capacitaciones.			fechas, quien hizo la socialización y su respectiva firma.
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra actualizado a Nov 2022	Equipo de Farmacia: farmacia2022/farmacovigilancia/eventosfarmacoviligancia	**33%**	No se cuenta con Manual de Procesos y Procedimentos de farmacia
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al manual de salud Publica	Se cuenta con manual de la vigencia del 2020. En la vigencia 2023 se tiene planteado actualizacion del proceso y su socializacion a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Se cuenta con manual de la vigencia del 2020. En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso y su socialización a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**20%**	Se recomienda actualizar manual de Salud Publica
	Socializar el proceso documentado	En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso, una vez actualizado se socializará a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	En la vigencia 2023 se tiene planteado actualización del proceso, una vez actualizado se socializará a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**33%**	Ultima socialización el día 11/10/2022
	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizará las	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizará las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	**33%**	Se evidencia evaluacion de adherencia del 14/11/22

		evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.			
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación.	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación.	**33%**	
	Socialización del formato aprobado	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica formato	**33%**	

		formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica formato			
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	**33%**	

		adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila			
	Evaluación de la adherencia	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica evaluacion adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	Se cuenta con formato de seguimiento de orden nacional en el aplicativo sigivila para los correspondientes reportes y no aplica formato de silencio epidemiológico porque en el aplicativo sivigila se reporta semana a semana los ventos de interés en salud pública y no aplica que se presente un silencio epidemiológico en el proceso de notificación. No aplica evaluacion adherencia de formato, se verifica con los formatos del INS- Sivigila	**33%**	
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Se cuenta con procedimiento desde la sede administrativa, para trabajar con	Formato de manejo para cada municipio	**33%**	En el municipio de Arauquita se consolida con el hospital de La Esmeralda y el Centro de

		los municipios			salud de Panamá
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno del pico, mediante formato de verificación de evidencias y cumplimiento	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	**33%**	
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	**33%**	
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados. - facturación	Se observa según certificación, 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. Certificación de cruce trimestral de septiembre, octubre,nov,dic 2022	**33%**	Esta información queda incluida en el informe de producción que se presenta mensualmente a sistemas de información y el informe de gestión. Como el reporte de indicadores a calidad
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	se solicitó al referente de misión medica de la ese moreno y Clavijo la autorización del emblema del parque automotor el día 10 de marzo 2022 a la unidad de salud de Arauca	Se hace evidencia a través de informes.	**33%**	ya se envió la documentación para autorización de emblema de misión medica del parque automotor

	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se implemento libro de registro de llamadas a referencia, se envía correo electrónico a la institución donde va el traslado informando la necesidad. Se reciben solicitudes de APH, y se envían pacientes remitidos al Sararí y San Vicente de Arauca.	Existen soportes de correos electrónicos enviados desde el correo de facturacionarauquita@esemorenoyclavijo.gov.co y libro de registro de llamadas a equipo de referencia. Se encuentra como evidencia una certificación de oportunidad de respuesta en TAB de forma trimestral.	**33%**	Se encuentra certificación.
	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.	Se evidencia certificación firmada por coordinador de referencia y coordinación de facturación, del diligenciamiento de las bitácoras correctamente. Haciendo previa revisión de bitácoras.	**33%**	En estas bitácoras se deja plasmado el nombre del paciente, documento, edad, diagnostico, origen remisión destino remisión, es, acompañante, ambulancia, hora, auxiliar o profesional que lleve la remisión y recibido del médico.
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contra referencia para mejorar los controles para optimización de	Se recibió por parte de la ESE, el formato de versión 8 de bitácora de referencia	Se evidencia formato de combustible y formato de mantenimiento. Versión 8	**33%**	Se recomienda implementación de formato de control de mantenimiento de vehículos.

	combustible y mantenimiento de ambulancia.				
	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: mis documentos/apoyo a combustible	**33%**	Este seguimiento se realiza de forma mensual para tener un mejor control del combustible
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 nuevo software salud360 se genera el libro diario y semanal (egreso) de salidas, de las diferentes áreas de atención.	Se hacen los registros de egresos en el software salud360	**33%**	Todos los registros se verifican en el software
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	Se descargan las alertas semanales de la pág. de Invima, se socializan al personal en comitè de farmacia. Los primeros 5 días de cada mes se realizan los reportes de Vigilo, (farmacovigilancia) por parte de la Auxiliar de Farmacia.	Equipo de Farmacia: farmacia2022/farmacovigilancia/eventosfarmacoviligancia	**33%**	Ultima alerta sanitaria se descargó el 12/12/2022. Último reporte de Farmacovigilancia 31/12/2022

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. Existe inventario a 31/Dic/2022 en medio magnético, sin firma de responsable de farmacia de HSLA y Sede Principal.	Equipo de Farmacia: farmacia2022/informe de farmacia	**20%**	En salud360 se encuentran saldos no reales, se presentan dificultades en el softawre360, en algunos módulos (enfermería)no se permite realizar descargas existencias.
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	El software no muestra fechas para semaforización. Se realiza acta de baja a los medicamentos y dispositivos médicos vencidos mensualmente. Se realiza acta de estos próximos a vencer 31/12/22. Las dos actas se envían de soporte a la sede administrativa.	Equipo de Farmacia: farmacia2022/informe de farmacia	**33%**	Durante este cuatrimestre no se presentó rotación de medicamentos a otros hospitales.

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 **96%**, 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.

4.3.5 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Puerto Rondón, teniendo un resultado en el monitoreo del **98%,** Inventarios en el nuevo Sofware controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022.

4.3.6 HOSPITAL SAN RCARDO 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 **98%,** 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.

4.3.7 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Puerto Jordán, teniendo un resultado en el monitoreo del **98%,** están pendientes algunos temas como evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google form, diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios, y demás controles que se tienen estimados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022.

4.3.8 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Panamá, teniendo un resultado en el monitoreo del **93%,** 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.

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:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
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 / Lamec 2022. GGC-FO-021	**33%**	Se realizo la evaluacion al segundo seguimiento con fecha de: 22 de Dic/2022
	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. En el cual también se realizó la capacitación el día 4 agosto 2022.	En el mes de septiembre se realizó tercer seguimiento y cuarto seguimiento en el mes de diciembre 2022.	**33%**	Se observa un informe de seguimiento de PAMEC.
Desactualización de los documentos del sistema.	Levantar el Plan de Trabajo para la transición de la norma NTC GP:1000 a ISO 9001:2015	No aplica	No aplica	**33%**	
	Seguimiento de ejecución Plan de Trabajo para la transición de la norma NTC GP:1000 a ISO 9001:2015	No aplica	No aplica	**33%**	
Desconocimiento de las guías, manuales, protocolos, procedimientos y formatos.	Realizar seguimiento a la adherencia de guias,manuales,protocolos,procedimientos y formatos en los procesos.	Se han realizado seguimientos a la documentación en la red Hospitalaria	Se evidencian actas de asistencia, registro fotográfico e informes al seguimiento. PC gestión de la calidad, Escritorio.	**33%**	

4.4.2 GESTIÓN JÚRIDICA:

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión jurídica, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2022. Se obtuvo un puntaje del **80%,** 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	OBSERVACIONES
Direccionamiento de contratación en favor de un tercero.	Socializar Manual de Contratación	El manual se tiene desde el 2019, siendo socializado en la época.	Se encuestra evidencia de socializacin en medio fisico, con planilla de assitencia.	**33%**	Realizada en el mes de Mayo 2022
	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%**	Se realiza dentro de los términos su legalización dentro de lo pactado en el contrato
	Realizar Contratos según solicitud en estudios previos presentados por los subgerentes, asesores o lideres de procesos	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos, en archivo de oficina jurídica.	**33%**	se realiza el proceso contractual en la dependencia que surge la necesidad, haciendo entrega de estudio previo, certificación de precio cuando se requiere y cd
	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%**	En el inicio del proceso contractual se realiza lista de chequeo
	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%**	se realiza cargue de la contratación dentro del plazo

Incumplimiento Legal	Realizar contestación de las demandas dentro de los términos	Se hace contestación dentro de los términos, la información está contenida en el informe de gestión	PC Jurídica, carpeta informe gestión.	**33%**	Se observa en el informe de gestión
	Actualización del normograma de la entidad	No se encuentra actualizado	No cuentan con el normograma en jurídica	**0%**	La asesora jurídica a realizado recomendación a gerencia y subgerencia administrativa y financiera, que se contrate un profesional para que realice actualización del normograma.
	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 tercer trimestre del año 2022, se contestaron 8 tutelas oportunamente.	Reposan en la oficina del abogado externo, quien responde este tipo de acciones legales.	**33%**	La oficina jurídica en el pc se encuentra las respuestas alas tutelas interpuestas
	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%**	Acta de aprobación de la póliza (una vez firmada el contrato por las partes) la póliza cuando se requiere.
	Socialización y publicación del normograma de la entidad	No se encuentra socializado y legalizado.	La oficina de Jurídica no cuenta con el normograma	**0%**	La asesora jurídica a realizado recomendación a gerencia y subgerencia administrativa y financiera, que se contrate un profesional para que realice actualización del normograma.

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 para vigencia 2022	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 2022 se realizó la actualización del normograma, actualmente la oficina se encuentra en revisión de normas para posible actualización en lo que va del 2022
	Verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditorias	Se realizó el 28 de diciembre del 2021 para vigencia del 2022 y el 25 de marzo 2022 se realizó actualizo del plan de auditoria para el año 2022	Se tiene en físico, en la oficina de Control Interno y en el pago web de la entidad.	**33%**	Se tiene evidencia de las actas de reunión de CICCI para su actualización
Desactualización de los documentos del sistema.	Entrega de Informes de acuerdo a las auditorias y seguimientos realizados	Para este cuatrimestre 2022 se entregaron los informes planteados y los seguimientos de auditorias	La oficina de control interno cuenta con una carpeta en físico de los soportes e igualmente en medio magnético.	**33%**	

5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

- La metodología de seguimiento a través de las visitas a sitios de trabajo, permite lograr una interacción de la oficina de planeación, responsable del monitoreo, con cada uno de los líderes de procesos.
- Para el siguiente monitoreo, se visitarán los centros asistenciales que no se pudieron visitar en el presente ejercicio, como son Hospital de Puerto Rondón, Hospital Cravo Norte, 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 Backus 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