



INFORME DE GESTIÓN

I TRIMESTRE

PLANEACIÓN
ESE MORENO Y CLAVIJO

2023



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 2 de 224

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	
➤ OBJETIVOS.....	
➤ ALCANCE DEL INFORME.....	
1.INFORME DE PLANEACION.....	
1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.....	
1.2 MAPA DE PROCESOS.....	
1.3 PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO 2023.....	
1.4 MAPA DE RIESGOS 2023.....	
1.5 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO 2023.....	
1.6 INFORME DE GESTION GERENCIAL 2022 RESOLUCION 408 DE 2018.....	
1.7 PROYECTOS	
1.8 OTRAS ACTIVIDADES.....	
2. INFORME SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
ANALISIS SITUACION FINANCIERA	
2.1 CONTRATACION.....	
2.2 SUBPROCESO FACTURACION.....	
2.3 SUBPROCESO CARTERA.....	
2.4 SUBPROCESO AUDITORIA Y GLOSAS.....	
2.5 SUBOROCESO PRESUPUESTO.....	
2.6 SUBPROCESO CONTABILIDAD.....	
2.7 SUBPROCESO TESORERIA.....	
2.8 SUBPROCESO TALENTO HUMANO.....	
2.9 SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.....	
2.10 SUBPROCESO AMBIENTAL.....	
2.11 SUBPROCESO SISTEMAS Y COMUNICACIONES.....	
2.12 SUBPROCESO RECURSOS FISICOS.....	
3. INFORME SUBGERENCIA DE SALUD.....	
3.1 SUBPROCESO SIAU.....	
3.2 SUBPROCESO PYM.....	
3.3 SUBPROCESO ATENCION AMBULATORIA.....	
3.4 SUBPROCESO ATENCION HOSPITALARIA.....	
3.5 SUBPROCESO APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO.....	
3.6 SUBPROCESO ATENCION INMEDIATA.....	
3.7 SUBPROCESO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.....	
4.INFORME JURIDICA.....	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 3 de 224

5.INFORME CONTROL INTERNO

6.INFORME CALIDAD.....

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 4 de 224

INTRODUCCIÓN


A continuación, se presentan las actividades más relevantes para el primer trimestre del año 2023; aquí se describen a través de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo, las gestiones realizadas en cada uno de ellos.

Cabe resaltar, que la entidad como Empresa Social del Estado, del orden departamental, ha venido cumpliendo los objetivos plasmados en su misión y visión, los del Plan Gerencial y los del Plan de Desarrollo departamental “Construyendo Futuro”. Todos los esfuerzos, basados en la mejora continua, para brindar una buena atención en salud, quedan respaldados en lo que se describe en el presente informe de gestión, haciendo énfasis en la presencia que se hace en los Municipios de Tame, Arauquita, Fortul, Puerto Rondón y Cravo norte, con los seis (6) hospitales, dos (2) centros de salud y veintiún (21) puestos de salud.

Los logros a destacar en este periodo, se remiten a los aspectos financieros, jurídicos y misionales, donde se está al día en el pago de salarios a los trabajadores, a los proveedores y acreedores, salvaguardando siempre el patrimonio de la empresa, demostrado lo anterior con la formalización de empleos, cerrando las brechas de posibles reclamaciones futuras y el mejoramiento de las condiciones laborales.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

- ✓ Consolidar en un informe de Gestión, las actividades desarrolladas por cada uno de los procesos y subprocesos que componen la entidad.
- ✓ Suministrar los insumos para consolidar el sector salud del departamento de Arauca.
- ✓ Medir el alcance de la gestión y formular alternativas que apunten al mejoramiento continuo de nuestra entidad.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 5 de 224

➤ **ALCANCE DEL INFORME**

El informe comprende los avances, datos, objetivos y logros alcanzados durante el primer Trimestre del año 2023. Los procesos y subprocesos realizan un análisis detallado de su gestión.

1. PLANEACION

1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

➤ **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.


➤ **VISION.**

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 pertenencia, garantizando una atención humanizada a los usuarios y sus familias, enmarcados en la sostenibilidad social, ambiental y económica.

➤ **PRINCIPIOS.**

Son directrices fundamentales que orientan el pensamiento y rigen la conducta de todos los integrantes de una organización:

- ✓ Orientación a resultados
- ✓ Articulación interinstitucional
- ✓ Excelencia y Calidad
- ✓ Aprendizaje e Innovación

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 6 de 224

- ✓ Integridad, Transparencia y Confianza
- ✓ Toma de decisiones basada en evidencia
- ✓ Vocación de servicio
- ✓ VALORES

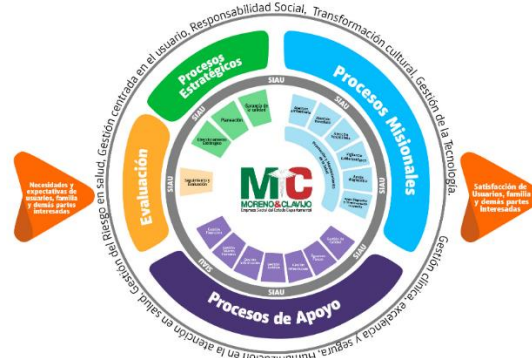
Son cualidades necesarias en las personas para el cumplimiento de los principios y el logro de los objetivos organizacionales:

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

➤ **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.**

- ✓ Posicionar la ESE como referente regional en salud
- ✓ Mejorar el estado de salud de la población objeto de la ESE.
- ✓ Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE.
- ✓ Incrementar fidelización de los usuarios
- ✓ Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios
- ✓ Alcanzar estándares superiores de calidad en salud
- ✓ Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE.
- ✓ Fortalecer competencias del Talento Humano.
- ✓ Fortalecer los sistemas de información y de comunicaciones.

1.2 MAPA DE PROCESOS



GES-OD-001 - VERSIÓN: 06

MISIONALES			APOYO		
PROCESO	SUBPROCESO		PROCESO	SUBPROCESO	
1	Atención Ambulatoria	Medicina General	1	Gestión Financiera	Presupuesto
		Odontología			Contabilidad
		Citología			Tesorería
Higiene Oral	Cartera				
Nutrición	Facturación				
		Trabajo Social			Auditoría de cuentas médicas
		Psicología	2	Gestión del Talento Humano	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Especialidades	3	Gestión de Información	Sistemas
2	Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica	Laboratorio Clínico			Comunicaciones
		Servicio Farmacéutico			Gestión Documental
		Terapia Respiratoria			
		Fisioterapia			
		Imágenes Diagnósticas	4	Recursos Físicos	Gestión Ambiental
		Historias clínicas			Gestión de Almacén
		Sistemas de Información Estadísticos	5	Gestión de Infraestructura	Biomédico
3	Atención inmediata	Atención del parto			Parque automotor
		Traslado Asistencial			

1.3 PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO 2023

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral

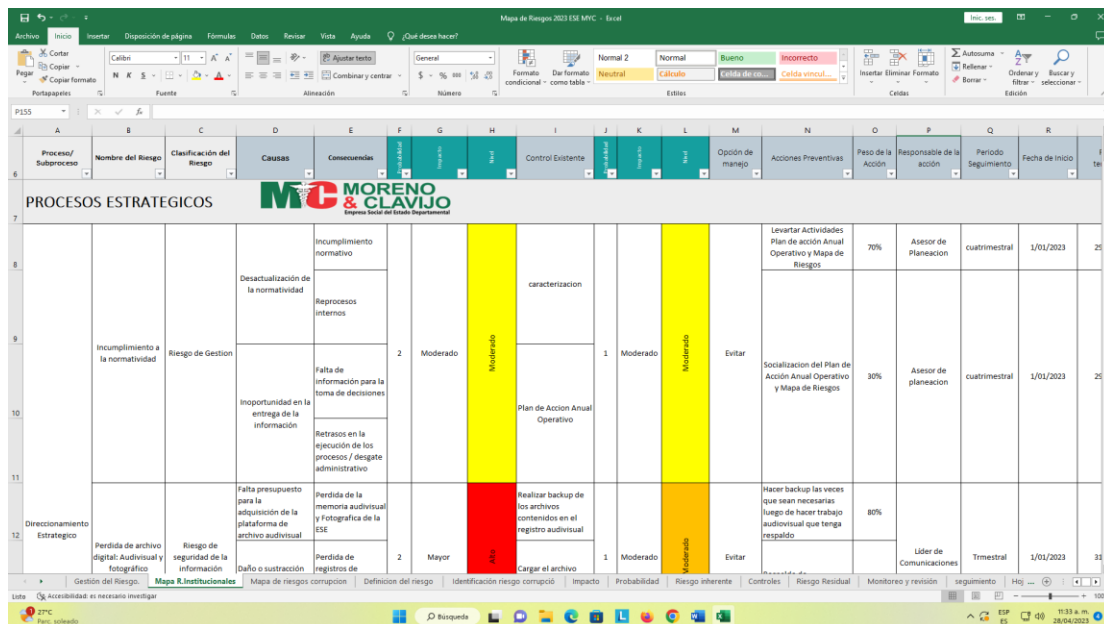
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023										
Id	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Dimensión Operativa del MIPC	Política de Gestión y Desempeño Institucional MIPC	Proceso	Dependencia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
34	3. Establecer mecanismos de gestión administrativa y financiera que contribuyan a la competitividad y rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Guatía Financiera	3. Guatía con recursos para retribución	Guatía presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Guatía Financiera	Guatía Contabilidad	profesional en contabilidad / contador	Registro mensual en los estados financieros por consumo de inventario de los medicamentos	Acta de conciliación de cédulas entre Almacén y Contabilidad de los Inventarios de Consumo con los medicamentos
35	3. Establecer mecanismos de gestión administrativa y financiera que contribuyan a la competitividad y rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Guatía Financiera	3. Guatía con recursos para retribución	Guatía presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Guatía Financiera	Guatía Contabilidad	profesional en contabilidad / contador	Conciliación de cédulas entre Almacén y Contabilidad de propiedad planta y equipo	Acta de conciliación de contabilidad y Almacén
36	3. Establecer mecanismos de gestión administrativa y financiera que contribuyan a la competitividad y rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Guatía Financiera	3. Guatía con recursos para retribución	Guatía presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Guatía Financiera	Guatía Contabilidad	profesional en contabilidad / contador	Realizar Conciliación cédulas en libros con el área de Tesorería	Acta de conciliación de contabilidad y Tesorería
37	3. Lograr la rentabilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Guatía Financiera	3. Guatía con recursos para retribución	Guatía presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Guatía Financiera	Tesororía	Tesorero General Alén Ríos Medina	Generar informe mensual y generado de los montos por pagar para la toma de decisiones	Revisión de los centros por pagar
38	3. Lograr la rentabilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Guatía Financiera	3. Guatía con recursos para retribución	Guatía presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Guatía Financiera	Tesororía	Tesorero General Alén Ríos Medina	Seguimiento y posterior registro en el libro de bases al momento de los meses de controlado retribución en los casos de los hospitales y centros de salud adscritos a la entidad	Endicador en libros al 100% de los meses de controlado retribuido por los hospitales y/o centros de salud
39	3. Lograr la rentabilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Guatía Financiera	3. Guatía con recursos para retribución	Guatía presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Guatía Financiera	Tesororía	Tesorero General Alén Ríos Medina	Realizar Plan de pagos y ejecutar pagos según programación	Plan de Pago/Registro de comprobantes de egresos/Instructivo Bancario
40	3. Lograr la rentabilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Guatía Financiera	3. Guatía con recursos para retribución	Guatía presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Guatía Financiera	Tesororía	Tesorero General Alén Ríos Medina	Reportar al área de Cartera, para la identificación de ingresos por Clínicas, registro en el sistema por tesorería	Reportar a través de correo al área de Cartera
40	3. Lograr la rentabilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Guatía Financiera	3. Guatía con recursos para retribución	Guatía presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Guatía Financiera	Tesororía	Tesorero General Alén Ríos Medina	Realizar los ajustes mensuales en libro de bases de acuerdo a los Conciliaciones bancarias para mantener cédulas reales	Extracto, Bolete, Tesorería y Conciliación firmados

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023										
Id	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Dimensión Operativa del MIPC	Política de Gestión y Desempeño Institucional MIPC	Proceso	Dependencia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
35	6. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud	Contratando salud Continúa	Contratando calidad de servicio	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.	Proceso Estratégico Mejoramiento Continuo	Garantía de la Calidad	Líder de proceso Garantía de la Calidad	Autoevaluación para la acreditación	Informe de Autoevaluación
36	6. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud	Contratando salud Continúa	Contratando calidad de servicio	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.	Proceso Estratégico Mejoramiento Continuo	Garantía de la Calidad	Líder de proceso Garantía de la Calidad	Seguimiento a la efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Informe de Seguimiento al PAMEC
37	Proceso Misional									
38	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SIAU	SIAU	Líder de proceso SIAU	Registrar en la plataforma SUIT de los PORSEDF	Informe de Registro Plataforma SUIT
39	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SIAU	SIAU	Líder de proceso SIAU	Actualizar la Política de Remuneración	Presentación y socialización de la Política de Remuneración
40	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SIAU	SIAU	Líder de proceso SIAU	Formulación del Plan de Remuneración	Socialización e Informe de ejecución del Plan de Remuneración
41	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SIAU	SIAU	Líder de proceso SIAU	Capacitar al personal un protocolo Atención al Usuario	Doc (2) Capacitaciones al año de forma virtual, registro fotográfico, puntalazos, correo electrónicos
42	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SIAU	SIAU	Líder de proceso SIAU	Informar a los usuarios Internos y Externos de forma virtual el Manual del usuario, registro fotográfico, puntalazos, correo electrónicos	Doc (2) Capacitaciones al año de forma virtual, registro fotográfico, puntalazos, correo electrónicos
43	5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios	Gestión y Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	7. Servicio al ciudadano	Proceso Misionales SIAU	SIAU	Líder de proceso SIAU	Actualizar y Socializar el Procedimiento, Términos y Gestión de PORSEDF -CAU-PPS-001 en cada uno de los nodos de la ESE	Socialización de forma virtual

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023										
Item	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Discusión Operativa del MIPG	Política de Gestión y Desempeño Institucional MIPG	Proceso	Dependencia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
83	1. Posicionar la ESE como referente regional en Salud	Construyendo salud Confiable	Construyendo Calidad de Servicio	4. Evaluación de Resultados	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Proceso Misional Salud Pública	Salud Pública-PPC	Coordinador de Salud Pública Subgerente de Salud Directores Coordinadores de hospitales y centros de salud, profesional PPC	Realizar actividades programadas del contrato interadministrativo de salud pública- PPC	Socializar el Plan de Trabajo del contrato interadministrativo o de salud pública - Plazo de gestión para la ejecución de contrato interadministrativo *Plazo de trabajo Informe de ejecución de forma trimestral de las actividades operativas según programación Informe de ejecución para intersección o supervisión,
84	1. Posicionar la ESE como referente regional en Salud	Construyendo Salud Confiable	Construyendo Calidad de Servicio	4. Evaluación de Resultados	Seguimiento y Evaluación del desempeño institucional	Proceso Misional Tránsito Asistencial	Referencia y Contrareferencia	Subgerente financiero, director y subgerencia en salud	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral en tránsito asistencial realizado de manera trimestral.	Informe de traslado de muestra trimestral certificado por los Directores de los Hospitales y Coordinadores de los Centros Asistencias.
PROCESOS DE APOYO										
85	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	2. Dirección estratégica	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Presupuesto	Gregorio Guerrero	Controlar el equilibrio operacional para mantener los compromisos de los reconocimientos antes, (reconocidos y Producción controlada- glosar perdidas-devoluciones)	Cruce de información con Cartera y Facturación para el cierre mensual para generar la conciliación y levantar su saldo: Informe a Misalud y Controlaría
86	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	2. Dirección estratégica	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Presupuesto	Gregorio Guerrero	Realizar evaluación trimestral de equilibrio presupuestal.	Certificación trimestral (4 al 16)
87	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	2. Dirección estratégica	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Presupuesto	Gregorio Guerrero	Seguimiento y control de saldos a los gastos de funcionamiento y producción de forma trimestral.	Certificación cuatrimestral (2 al 16)
88	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	2. Dirección estratégica	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Presupuesto	Gregorio Guerrero	Identificar, monitorear y revisar periódicamente los riesgos de corrupción, *Definir controles eficaces y eficientes. *Detectar cambios en el contexto interno y externo.	Actualizar el Mapa de Riesgos
89	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Gestión y Desempeño Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Proceso Estratégico Dirección de Estrategia	Sistema de Información	Sistema de Información - Alberto Subajal	Consolidar y validar la información estadística de manera mensual * Recopilamos los informes en la forma como se exige la información por parte del Comité de Control que suscribe el informe.	Reporte Consolidado de producción de toda la entidad - estadísticas, informes para el Misalud, Superintendencia UNEXA
90	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Construyendo salud Confiable	Construyendo Calidad de Servicio		Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Proceso Estratégico	Sistema de Información		Identificar, monitorear, revisar, periódicamente los riesgos de corrupción y reportar a el Mapa de Riesgos.	

1.4 MAPA DE RIESGOS 2023

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral



Proceso/Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Control Existente	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	F	
PROCESOS ESTRATEGICOS													
8	Incumplimiento a la normatividad	Riesgo de Gestión	Desactualización de la normatividad	Incumplimiento normativo	caracterización	Moderado	Evitar	Levantar Actividades Plan de acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	70%	Asesor de Planación	cuatrimestral	1/01/2023	25
			Reprocesos internos										
			Falta de información para la toma de decisiones	2	Moderado		1	Moderado	Evitar	Socialización del Plan de Acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	30%	Asesor de planación	cuatrimestral
9	Incumplimiento a la normatividad	Riesgo de Gestión	Inoportunidad en la entrega de la información	Retraso en la ejecución de los procesos / desgate administrativo									
12	Perdida de archivo digital: Audiovisual y fotográfico	Riesgo de seguridad de la información	Falta presupuesto para la adquisición de la plataforma de archivo audiovisual	Pérdida de la memoria audiovisual y Fotográfica de la ESE	Realizar backup de los archivos contenidos en el registro audiovisual	Alto	Evitar	Hacer backup las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual que tenga respaldo	80%	Líder de Comunicaciones	Trimestral	1/01/2023	31

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel


PROCESOS MISIONALES

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Impacto	Control Existente	Probabilidad	Riesgo inherente	Control	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio				
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Riesgo de Gestión y Riesgo de seguridad de la información	Permanencia del talento humano contratado para la ejecución de las actividades de PYM	Incumplimiento en los procesos de contratación con las diferentes EAPB	catastrofico	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevea retroceso del Talento Humano	3	Extremo	Se controla a través de el software 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	1	Moderado	Bajo	Evitar	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	2/01/2023	30
			Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales fueron facturadas											50%	Mensual		2/01/2023	30	
			Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las faltas expresadas en las mesas de ayuda											25%	Permanente según eventualidad		2/01/2023	30	
			Rips de Facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.											20%	Permanente		2/01/2023	30	
			Perdida de Historias Clínicas en el nuevo software 360 por problemas de conectividad			Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla													

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel

PROCESOS DE APOYO

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Impacto	Control Existente	Probabilidad	Riesgo inherente	Control	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio			
Gestión Presupuestal	Incumplimiento de la Norma por desconocimiento de la misma	Riesgo de Gestión	Desconocimiento del personal que interviene en los procesos presupuestales	Sanciones disciplinarias, fiscales y/o penales.	3	Mayor	Alto	Normograma	1	Moderado	Moderado	Actualización del normograma	50%	Líder de Presupuesto	Semestral	01/01/2023	31	
			Seguimiento de la implementación de la norma de acuerdo de aprobación de presupuesto por Junta Directiva									50%						
	Desactualización de procedimientos del proceso presupuestal	Riesgo de Gestión	Falta de aplicación o inexistencia de controles asociados al proceso		3	Mayor	Alto	Instructivo de preparación del presupuesto	2	Moderado	Moderado	Documentar los procedimientos necesarios del área	100%	Líder de Presupuesto	Trimestral	01/01/2023	31	
	Desconocimiento del manejo del software	Riesgo de Gestión	Desconocimiento del personal que interviene en los procesos presupuestales		3	Mayor	Alto	software 360	3	Moderado	Moderado	Reducir	Verificar la aplicación y los pasos del proceso	50%	Líder de Presupuesto	Trimestral	01/01/2023	31
													movimientos presupuestales dentro del sistema y documentos de apoyo	50%	Líder de Presupuesto	Trimestral	01/01/2023	31
	Afectar rubros de forma incorrecta del gasto en beneficio de un tercero	Riesgo de Fraude y/o corrupción	Intereses personales Ausencia de valores éticos en los encargados del proceso	Detrimiento patrimonial.	3	Catastrofico	Extrema	Manual de Presupuesto	3	Extremo	Extremo	Actualizar Manual de Presupuesto, socialización y adherencia	100%	Líder de Presupuesto	Permanente	01/01/2023	31	


 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01 Página 11 de 224	


Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Impacto	Control Existente	Impacto	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de inicio	Fecha de término					
PROCESOS DE EVALUACION																			
150	Seguimiento y Evaluación	Incumplimiento de la Norma	Riesgos de Gestion	Desconocimiento de la norma	Proceso desactualizado Sanciones	3	Mayor	Alto	Manual de Control Interno Actualizado	2	Moderado	Moderado	Evitar	Actualización del normograma del proceso	33	Asesor Control Interno	Semestral	01/01/2023	30/12/2023
151				Ausencia de planeación en el proceso					Plan de Auditorías vigencia 2023				Evitar	Verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditorías	34	Asesor Control Interno	Trimestral	01/01/2023	30/12/2023
152				Ineficacia en los controles establecidos del proceso					Seguimiento a Planes de mejoramiento Informe de las				Reducir	Entrega de Informes de acuerdo a las auditorías y seguimientos realizados	33	Asesor Control Interno	Trimestral	01/01/2023	30/12/2023


Los tiempos de monitoreo se realizarán en los meses de mayo, septiembre y enero del 2024, entregando los correspondientes informes y cargándolos en la página de la entidad.


1.5 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO 2023

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha Limite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Sistema Integrado de Gestión						
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción 2023						
Subcomponente 1: Política de administración de Riesgos	Desplegar la política de administración de riesgos actuales y sus elementos de desarrollo, la cual incluye los riesgos de corrupción	Despliegue de la política de administración de riesgos a través de medios institucionales establecidos (Página Web, correo electrónico, reuniones virtuales) verificación de la publicación de la política	Oficial Sarlaf Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Abril de 2023	Mayo de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Registros al Sarlaft	Reporte de registros cuando la supersalud y el Minsalud lo solicite	Oficial Sarlaft	Enero 2022 - Diciembre 2023	Mayo de 2023 - 31 Diciembre 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	Actualizar el Mapa de Riesgos de corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción Actualizado	Líderes y Asesores de Procesos, Subgerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	31 Enero de 2023	Mayo de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Publicar en la Pág. Web	Asesor de Planeación Comunicaciones	31 Enero de 2023	Mayo de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 3: Consulta y Divulgación	Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción a través de medios institucionales establecidos (Reuniones virtuales, publicar en pantallas institucionales, correo electrónico)	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 abril del 2023 - 30 Diciembre de 2023	Mayo de 2023 - 31 de Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 4: Monitoreo y revisión	Monitorear trimestralmente el cumplimiento de las actividades propuestas para la administración del riesgo de corrupción y retroalimentar a los líderes o apoyos del proceso	Reporte de monitoreo trimestral realizado	Asesor de Planeación	30 abril del 2023 - 30 Diciembre de 2023	Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Realizar Monitoreo a los controles de los riesgos de corrupción contemplados en el mapa de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a los controles de Riesgos de Corrupción	Líderes y Asesores de Procesos, Subgerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	30 abril del 2023 - 30 Diciembre de 2023	Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474

		Sistema Integrado de Gestión				GPL- FO- 005
						Versión: 03
						Página: 2 de 5
Componente 2: Racionalización de Trámites 2023						
Subcomponente	Actividades	Mejora a Implementar	Responsable	Fecha Límite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Subcomponente 1: Actualizar, Socializar y Publicar Trámites	Actualizar, Socializar y Publicar los enlaces de trámites en el Sitio Web	Trámites actualizados y publicados	SIAU Comunicaciones	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Actualizar los trámites publicados en el SUIIT	Trámites actualizados y publicados	SIAU Comunicaciones	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y denuncias de los ciudadanos	Identificación y actualización de PQRS -trámites	SIAU Líderes y asesores de procesos Planeación	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Racionalización de trámites institucionales	Identificar y analizar los trámites los cuales han sido objeto de atención y recurrencia	Identificar los trámites y gestionar soluciones para racionalización de trámites	SIAU Líderes y asesores de procesos Planeación	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con los servidores públicos	Identificación de procesos, desplazamientos y costos de los trámites que afectan al usuario en tiempo y económicamente	SIAU Líderes y asesores de procesos Planeación	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2024	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Realizar campañas de difusión y estrategias que busquen la apropiación de las mejoras de los trámites en los servidores públicos de la entidad responsables de su implementación	Socializar, para hacer consciencia y encontrar mejoras en soluciones a trámites a todo el equipo de trabajo de la ESE Moreno y Clavijo	SIAU Comunicaciones	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2024	Control Interno Artículo 73 Ley 1474

		Sistema Integrado de Gestión				GPL- FO- 005
						Versión: 03
						Página: 2 de 5
Componente 3: Atención al ciudadano 2023						
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha Límite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Subcomponente 1: Estructura administrativa y direccionamiento estratégico	Capacitar a todo el personal de la red Hospitalaria de la ESE Moreno Y Clavijo sobre lo que significa SIAU	Inducción y reintroducción al personal nuevo y antiguo de la importancia de SIAU en todo la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo	Coordinador SIAU Directores de Hospitales y Coordinadores de los centros	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 septiembre 2023 31 de Diciembre 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Mejorar la oportunidad de respuesta a las expresiones de los usuarios	Reporte mensual a la respuesta oportuna Mayor a 90%	Coordinador SIAU Directores de Hospitales y Coordinadores de los centros	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Fortalecimiento de los canales	Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al ciudadano en la página web	Dos (2) Informes de peticiones, quejas, reclamo publicado semestralmente en la página web	Coordinador SIAU Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 septiembre 2023 31 de Diciembre 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Realizar convocatoria para la ampliación y fortalecimiento de la asociación de usuarios de la institución	Campaña de divulgación permanentes por los distintos medios de la ESE (3 veces al año)	Coordinador SIAU Comunicaciones	Abril - Agosto - Diciembre 2023	Mayo - Septiembre y enero 2024	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 3: Talento Humano	Realizar levantamiento de la caracterización de los grupos de valor - Terminar el proyecto de señalización institucional para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a las diferentes áreas y servicios de la institución.	Informe caracterización realizada con registro fotográfico	Cordinador SIAU	30 septiembre 2023 31 de Diciembre 2023	31 de Diciembre 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Realizar capacitación a servidores y contratistas (Mejorar competencias de los servidores en relación con la atención con calidad y calidez a los usuarios y sus familias)	Dos capacitaciones al año (planilla de asistencia) y soporte de presentación material de capacitación	Cordinador SIAU	Agosto - Diciembre 2023	31 de Diciembre 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Incorporar en el plan institucional de	Dos caoapitaciones al año				

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01	
		Página 13 de 224

						GPL-FO-005 Versión: 03
Sistema Integrado de Gestión						
Componente 4: Rendición de Cuentas 2023						
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha Límite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Subcomponente 1: Información de calidad y en lenguaje comprensible	Entregar información de Gestión del periodo a rendir en lenguaje comprensible al ciudadano requerida para la rendición de cuentas NOTA: la fecha máxima para ubicar esta información es el día 10 del mes de abril.	Entrega Realizada	Subgerente administrativo y financiero subgerente de Salud Asesor de Planeación Asesor de Calidad, Control Interno y Comunicaciones	30 de Mayo de 2023	30 de Septiembre 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
		Publicación de la fecha de la rendición de cuentas publicada en la página web de la SUPERSALUD Publicación del informe de gestión vigencia 2021 página WEB de la ESE Moreno y Clavijo	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
		Resultados de gestión divulgados en medios institucionales (página web, boletines, redes sociales)	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
		Diseñar y enviar por diferentes canales, las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.	SIAU Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Diálogo de doble vía	Recolectar y consolidar las inquietudes y solicitudes de la comunidad recibidas con antelación a la audiencia de rendición de cuentas para dar trámite oportuno.	Inquietudes y solicitudes recolectadas mediante enlace habilitado en la página web en el link de rendición de cuentas para recibir preguntas previo a la actividad	SIAU Asesor de Planeación	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
con la ciudadanía y sus organizaciones	Realizar la Rendición Pública de Cuentas	Rendición Pública de Cuentas realizada	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Mayo de 2023	30 de Septiembre 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474
	Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Incluir en cada audiencia de rendición de cuentas realizada a la comunidad, los mecanismos que tiene la institución para fortalecer la participación ciudadana	Asesor de Planeación Comunicaciones	30 de Julio de 2023 28 de Diciembre 2023	30 de Septiembre 2023 31 Diciembre de 2023	Control Interno Artículo 73 Ley 1474

1.6 INFORME DE GESTION GERENCIAL 2022 RESOLUCION 408 DE 2018

Se presento a Junta Directiva el informe de gestión gerencial de la vigencia 2022 el día 27 de marzo del año 2023.

Con el siguiente resultado

MATRIZ DE CALIFICACION										
Área de Gestión	No	Tipo de ESE	Resultado del periodo Evaluado	Estandar Propuesto	Calificación (ver instructivo de calificación)	Ponderación	Resultado o ponderado	Documento soporte	Seguimiento	Observaciones (debera evidenciarse los soportes tecnicos)
a	b	c	j	j	k	l	m=k*I			

DIRECCION Y GERENCIA	1	Nivel I	1,2	$\geq 1,2$	5	0,050	0,25	AUTOEVALUACION AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	SI CUMPLE	Una vez aplicado los instrumentos de autoevaluación para la acreditación que correspondió a la vigencia 2022 se obtuvo como resultados 1,35 según se evidencio en el documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.
	2	Nivel I	0.93	$\geq 0,90$	5	0,050	0,25	CERTIFICACION PAMEC	SI CUMPLE	Para la Vigencia 2022 El PAMEC alcanzo un 93,42% de cumplimiento de las 76 actividades programadas, quedando 5 actividades atrasadas lo que comprende un porcentaje del 6,587%, comparado con el la vigencia anterior mejoro el porcentaje de logros. Se evidencio el respectivo cargue a la Supersalud de acuerdo a lo establecido en el ANEXO ST002- CIRCULAR 012 DE 2016 PAMEC

	3	Nivel I	1,18	≥0,90	5	0,100	0,50	INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO	SI CUMPLE	El resultado Global es del 93% dando cumplimiento al indicador
	4	Nivel I con categorización de riesgo alto o medio.	NO APLICA (suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta termino d emergencia sanitaria")	NO APLICA (suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta termino d emergencia sanitaria")	0	0,000	0,00	N/A	N/A	N/A
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	5	Nivel I	0,85	<0,90	3	0,057	0,17	CERTIFICACION DE LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	SI CUMPLE	De acuerdo a la información obtenida del módulo de presupuesto de dinámica, y una proyección del aplicativo de cálculo de la uvr genera un resultado de 0,85
	6	Nivel I	0	≥0,70	0	0,057	0,00	CERTIFICACION DEL PROCESO JURIDICO	NO CUMPLE	CONTRATACION COMPRAS CONJUNTAS

	7	Nivel I	0	Cero (0) o variación negativa.	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DEL LIDER DE GESTION CONTABLE	SI CUMPLE	Se evidencia certificación del líder de contabilidad y revisor fiscal en la que informa el estado de la deuda por concepto de obligaciones contratación externa y obligaciones laborales con corte a 30 de diciembre de 2022
	8	Nivel I	100%	4	5	0,057	0,29	ACTA DE JUNTA DIRECTIVA N° 007 Y ACTA DE JUNTA DIRECTIVA N° 013	SE HA CUMPLIDO AL 100%, SE HAN ENTREGADO 4 INFORMES A JUNTA DIRECTIVA.	Se ha cumplido al 100%, se han entregado 4 informes a junta directiva.
	9	Nivel I	1,08	≥ 1.00	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL	NO CUMPLE	SE CUMPLE CON EL INDICADOR
	10	Nivel I	100%	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	5	0,057	0,29	PANTALLAZO ENTREGA DE CIRCULAR UNICA	SI CUMPLE	Uno de los compromisos adquiridos con las EPS y los entes de control y vigilancia es el de cumplir de manera oportuna con el envío de la información estadísticas y


									datos de producción.	
									De este modo la autoevaluación que se tomará cómo como línea base del indicador corresponde a la de la vigencia 2021 (100%) y para la vigencia 2022(100%).	
									Este indicador alcanzó un cumplimiento del 100% de cumplimiento en la entrega de información para la vigencia 2022, quedando con un alto grado de oportunidad, continuando con el mismo porcentaje de cumplimiento de la vigencia anterior.	
	11	Nivel I	100%	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES	SI CUMPLE	La ESE Departamental Moreno y Clavijo dio cumplimiento con el reporte de la información de producción, cartera, facturación, talento humano y presupuesto, cargando toda la información de los formatos establecidos y reglamentada por

CLINICA Y ASISTENCIAL										el Decreto No. 2193 de 2004, la cual se realiza de maneta trimestral y anual. Dando un cumplimiento del 100% para este indicador, siguiendo con el mismo porcentaje de cumplimiento de la vigencia anterior.
	12	Nivel I	0,75	≥0,85	3	0,080	0,24	CERTIFICACION DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	El porcentaje de ingresos al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación fue del 75% para la vigencia 2022 en la ESE, quedando por debajo del corte esperado que es del 85%.
	13	Nivel I	5	0 casos	0	0,080	0,00	SE EVIDENCIA PANTALLAZO EN EL SIVIGILA	NO CUMPLE	Se evidencia pantallazo en sivigila donde se observa las ocurrencias de casos en el año 2022
	14	Nivel I	0,97	≥0,90	5	0,070	0,35	CERTIFICACION DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	se evidencia certificación de los indicadores de gestión DEL I, II, III Y IV trimestre de 2022 en donde se registrala aplicación de guías de hipertensión en pacientes


	15	Nivel I	0,98	≥0,70	5	0,060	0,30	INFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de los indicadores de gestión del I, II, III Y IV trimestre de 2022 en donde se registrala aplicación de guías de crecimiento y desarrollo en pacientes
	16	Nivel I	0,005	≤0,03	5	0,050	0,25	CERTIFICACION Subgerencia de Salud	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de oportunidad de atención en pacientes en consulta general y reingreso por urgencias
	17	Nivel I	0,0465	≤3	5	0,060	0,30	CERTIFICACION Subgerencia de Salud	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de oportunidad de atención en pacientes en consulta general
TOTAL							4,06			

1.7 PROYECTOS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CODIGO_HABILITACION	NOMBRE SEDE	NOMBRE PROYECTO	TIPO OBRA	INFRAESTRUCTURA VALOR
Arauca	ARAUQUITA	810650020620	PUESTO DE SALUD EL OASIS	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EL OASIS DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	ARAUQUITA	810650020621	PUESTO DE SALUD LA PAZ	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA PAZ	1.Obra nueva	1.200.000,00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 20 de 224


				DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA		
Arauca	ARAUQUITA	810650020625	PUESTO DE SALUD EL PARAISO	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EL PARAISO DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	ARAUQUITA	810650020602	HOSPITAL SAN LORENZO	CONSTRUCCION DEL NUEVO HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	1.Obra nueva	POR DEFINIR
Arauca	FORTUL	813000020627	PUESTO DE SALUD CARANAL	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA CARANAL DEL MUNICIPIO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	FORTUL	813000020606	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.	3.Remodelación	3.791.808.924,37
Arauca	TAME	817940020603	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	FORTALECIMIENTO A LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE LA DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS, MOBILIARIO E INDUSTRIALES DE USO HOSPITALARIO PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITO A LA ESE MORENO Y CLAVIJO, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.		7.300.000,00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 21 de 224

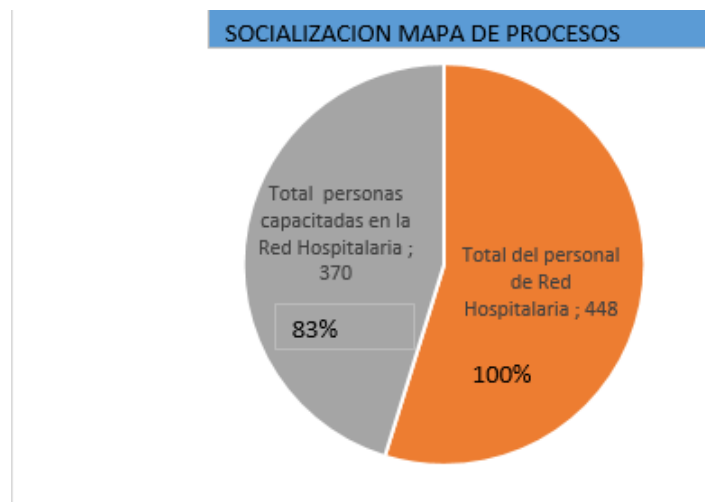
Arauca	TAME	817940020632	PUESTO DE SALUD LA HORQUETA	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA ORQUETA DEL MUNICIPIO DE TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	TAME	817940020636	PUESTO DE SALUD PUERTO NIDIA-JUAN CARLOS CHAMAT	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA PUERTO NIDIA DEL MUNICIPIO DE TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	TAME	817940020639	PUESTO DE SALUD FILIPINAS	CONSTRUCCION Y REPOSICION EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA FILIPINAS DEL MUNICIPIO DE TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
Arauca	CRAVO NORTE	812200020604	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	CONSTRUCCION Y TERMINACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	POR DEFINIR

1.8 Otras Actividades

* Durante el mes de enero se trabajó Plan de acción y verificación de todos planes de MIPG de toda la institución, se realiza comité de Gestión y desempeño gerencial para aprobación de los mismos; se realiza modificación de los indicadores de gestión.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 22 de 224

*Se realizaron durante el mes de febrero socialización, a todas las sedes de la red Hospitalaria sobre el nuevo Mapa de Proceso con un resultado en la adherencia de:




También se trabajó en el informe de Gestión Gerencial basado en la resolución 408 del 2018 y presentación de evaluación del Gerente para la vigencia 2022, con un resultado de **4.06/5.0**.

Trabajo articulado con todos los líderes de procesos para cambio y actualización de Mapa de Riesgos institucional vigencia 2023.


En el mes de marzo se elaboró reglamento de Rendición de cuentas vigencia 2022 y preparación de la misma para el mes de junio. El segundo comité de Gestión y desempeño Gerencial para evaluar cumplimiento de metas del primer trimestre con la asistencia de los Directores y coordinadores de Centro. Presentación a junta el informe del Gerente.

Por otra, entrega de Plan Bienal y cambios en el Plan de Acción


Salud pública			
Actividades	Producto	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo
Construcción del Perfil Epidemiológico 2022	Socialización del Perfil Epidemiológico ante Gerente, Subgerentes, Directores de Hospitales y Coordinadores de Centros de Salud de la ESE Moreno y Clavijo	Porcentaje de cumplimiento en la Construcción del Perfil	Documento finalizado y socializado/documento programado para realización *100

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 23 de 224

		Epidemiológico 2022	
Notificar de manera semanal o inmediata al Sistema de Vigilancia Nacional-SIVIGILA el 100% de los eventos de Interés en Salud Pública -EISP captados en la red de la ESE MYC.	Notificación al SIVIGILA los EISP, de manera Semanal de acuerdo al evento y a los Lineamientos Nacionales. Informe de Gestión Trimestral o Actas del COVE Institucional (socialización en el cove)	Porcentaje de Cumplimiento en la Notificación al SIVIGILA de manera semanal o inmediata de los EISP	Número de Semanas Epidemiológicas notificadas al SIVIGILA / Número de semanas Epidemiológicas acumuladas en el periodo evaluado *100
Hacer seguimiento a los Eventos de Interés en Salud Pública que fueron notificados al SIVIGILA, y que lo requieren	Tarjetas de tratamiento Tuberculosis - Formato de seguimiento casos de Sífilis-Historias clínicas.	Porcentaje de Seguimientos realizados a los EISP que lo requieren	Número de seguimientos realizados a los EISP / Número de seguimientos requeridos * 100
Realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) para verificar el reporte oportuno de los EISP.	Reporte de las Búsquedas Activas Institucionales a la UNM de los Eventos Inmunoprevenibles, ETV, IRA-COVID, de manera mensual. (Correos de Envíos)	Porcentaje de reporte de las BAI	N° de BAI reportadas / N° BAI programadas en el periodo evaluado * 100
Realizar seguimiento a las gestantes con diagnóstico de Sífilis Gestacional para su respectivo tratamiento y evitar Sífilis Congénita	Realizar reporte oportuno de casos de Sífilis Congénita al SIVIGILA	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de Evaluación. Meta 0 casos. - SEGÚN LA RESOL 408/18
Realizar Seguimiento de actividades y producción de los servicios de Laboratorio Clínico de la Red de la ESE Moreno y Clavijo.	Seguimiento a la producción de los servicios de Laboratorio Clínico. Informe de Gestión Trimestral	Porcentaje de Productividad en el Laboratorio Clínico	Nº de procedimientos de Laboratorio clínico realizados / Nº de procedimientos de laboratorio clínico facturados
Salud pública			
ANTERIOR	AHORA	JUSTIFICACIÓN	PRODUCTO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 24 de 224


No estaba	Construcción del Perfil Epidemiológico 2022	Es necesario tener el Perfil epidemiológico Institucional actualizado porque es un derrotero para la toma de decisiones en cuanto a las acciones tendientes a la Promoción y mantenimiento de la Salud, al saber cuál es el comportamiento epidemiológico en cada uno de los municipios donde la ESE tiene su red hospitalaria	Documento del Perfil Epidemiológico de la Institución actualizado
Realizar el 100% de notificación de los eventos de interés en salud publica atendidos en la ESE	<p>Notificar de manera semanal o inmediata al Sistema de Vigilancia Nacional-SIVIGILA el 100% de los eventos de Interés en Salud Pública -EISP, captado en la red de la ESE MYC.</p> <p>Realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) para verificar el reporte oportuno de los EISP.</p>	<p>Se realiza el cambio a estas dos actividades que se complementan, en la primera se realiza el seguimiento semanal a la Notificación al SIVIGILA como lo requieren los Lineamientos Nacionales que solicitan que se haga antes de las 12 m del día lunes, y para lo cual se creó un formato de seguimiento.</p> <p>Y 2. las Búsquedas Activas Institucionales se realizan con la finalidad de captar los casos que pudieran cumplir con las definiciones de caso de los EISP y que no fueron notificados, con la finalidad de que el 100% de los Eventos sean reportados al SIVIGILA</p>	Se realiza la verificación mediante el Formato de Seguimiento de la notificación al SIVIGILA los EISP, de manera Semanal de acuerdo al evento y a los Lineamientos Nacionales. Se realiza la socialización de manera mensual en los Comités de Vigilancia y en los Informes de gestión trimestrales. Y las BAI semanales y mensuales se verifican mediante los correos de envío a las Unidades Notificadoras municipales.
Realizar seguimientos requeridos a los eventos de interés en salud publica	Hacer seguimiento a los Eventos de Interés en Salud Pública que fueron notificados al SIVIGILA, y que lo requieren	En cada uno de los Protocolos Nacionales de los Eventos de Interés en Salud Publica refieren las Acciones tanto individuales como colectivas que se deben realizar ante la presencia de un evento, por eso los eventos como Tuberculosis, Sífilis, Parálisis Flácida Aguda, entre otros se les debe realizar seguimientos periódicos. Estos casos y seguimientos se suben a los Drive de cada EPS para su seguimiento	Estos casos y seguimientos se suben a los Drive de cada EPS para su seguimiento y trazabilidad
Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Realizar seguimiento a las gestantes con diagnóstico de Sífilis Gestacional para su respectivo tratamiento y evitar Sífilis Congénita	Esta actividad estaba en Apoyo diagnóstico, pero pasa a Salud Pública porque es aquí donde se tiene información de las gestantes con diagnóstico de Sífilis Gestacional, al realizar la Notificación y el seguimiento al Tratamiento para evitar que se llegue a una Sífilis Congénita.	En caso de llegarse a presentar, que no debería porque la Meta es 0 casos según la Resolución 408/18. Se debe realizar el reporte oportuno de casos de Sífilis Congénita al SIVIGILA para verificar la Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 25 de 224

Realizar seguimiento a la producción de laboratorio- imágenes apoyo diagnostico	Realizar Seguimiento de actividades y producción de los servicios de Laboratorio Clínico de la Red de la ESE Moreno y Clavijo.	No tiene cambios significativos. Solo en el indicador donde se verifica la productividad en el laboratorio comparando lo facturado vs lo realizado en cada laboratorio y se refleja en el reporte del informe de gestión de manera trimestral	
PYM			
Realizar mensualmente demanda inducida a las gestantes activas del programa de control prenatal	Realizar mensualmente demanda inducida a las gestantes activas del programa de control prenatal		Módulos de demanda inducida realizada por las IPS de la red hospitalaria a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.
SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Formato de evento adverso e incidentes diligenciado	Identificar y reportar acciones inseguras, eventos adversos e incidentes ocurridos en toda la red hospitalaria (transversal).	Esta actividad se realiza ahora por medio del siguiente link - https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSczHT8rbC7jhsUXeFI__t8qAu_t3U_3D7p4bs4S4HHEVIJRhA/viewform?usp=sf_link	1. Formato de evento adverso e incidentes diligenciado y reportado en la web: En el link de Reporte de Indicios de Atención Insegura en Salud de las Sedes Hospitalarias Adscritas a la ESE Moreno y Clavijo. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSczHT8rbC7jhsUXeFI__t8qAu_t3U_3D7p4bs4S4HHEVIJRhA/viewform?usp=sf_link 2. Plan de mejoramiento y aplicación de herramienta dadas por el ministerio cuando sea aplicable.
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA			
Se realiza ajuste a las actividades de ingresos egresos, seguimiento a los vencidos teniendo en cuenta información arrojada por el software 360, de igual manera se continúa trabajando con las actividades de actualización de los Manuales según normatividad vigente y seguimiento al programa de farmacovigilancia.			
Control Interno	Se realizó ajuste en la periodicidad y se sintetiza la información		

PRENSA Y COMUNICACIONES

Mediante el siguiente informa se exponen los indicadores de gestión ejecutados desde el área de comunicaciones de la ESE Moreno y Clavijo. Gracias a un trabajo articulado

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 26 de 224

con hospitales y sede central se han obtenido buenos resultados desde el área comunicativa de la entidad.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

- Fortalecer los canales de comunicación con de la entidad con sus usuarios
- Diseñar piezas gráficas, visuales, y radiales en el área de salud
- Publicar y administrar las redes sociales institucionales de la entidad
- Coadministrar la página web Institucional


DESARROLLO DEL INFORME:

1.1 Actividades a desarrollar (comprende las actividades a desarrollar dentro del periodo del informe, sea primer trimestre, segundo o siguientes)

- Nivel de cubrimiento Fotográfico o audiovisual
- Número de Videoclips Institucionales
- Índice de cubrimiento de redes sociales institucionales

Resultados

- **Nivel de cubrimiento Fotográfico o audiovisual**
 - Cubrimiento entrega de adecuación y dotación de centro de rehabilitación del centro de salud de Puerto Jordán
 - Cubrimiento jornada de salud en Hospital de Puerto Rondón.
 - Cubrimiento mesa de trabajo de gerencia en el Ministerio de Salud
 - Cubrimiento inicio de prácticas de estudiantes de Cedecspro en Hospitales de la red.
 - Cubrimiento jornada de salud en la reineria, Arauquita.
 - Cubrimiento jornada de salud en la pesquera, municipio de Arauquita.
 - Cubrimiento participación en audiencia pública de la reforma a la salud.
 - Cubrimiento actividades de esparcimiento en conmemoración del día del genero con colaborades de la entidad.
 - Cubrimiento jornada de vacunación y atención médica en la vereda caño arena
 - Cubrimiento semana de las américas y jornada de vacunación binacional.
- **Número de Videoclips Institucionales**
 - Producción y publicación de video construyendo gobernanza en Cravo Norte
 - Video de conmemoración del día de la mujer con integrantes de la entidad
- **Índice de cubrimiento de redes sociales institucionales**

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 27 de 224

- Diseño sobre implementación de Call Center en la red.
- Diseño sobre necesidad de médico general y técnico RX para el Hospital de Cravo Norte
- Diseño publicidad sobre call center en toda la red.
- Diseño jornada de mamografías en Hospital San José de Cravo Norte.
- Diseño sobre jornada de salud” construyendo gobernanza” en Cravo Norte
- Diseño tarjeta jornada de vasectomías en el Hospital San Antonio
- Diseño sobre el día del abogado, conmemoración.
- Diseño de vacante para profesional en odontología Hospital de Cravo Norte
- Diseño construyendo gobernanza, jornada de salud Puerto Rondón.
- Diseño mensaje de condolencias
- Diseño sobre día del contador público.
- Diseño jornada de Pomeroy en el Hospital San Lorenzo de Arauquita
- Diseño de vasectomía en el Hospital San Lorenzo.
- Diseño jornada de pomeroy en el Hospital San Ricardo Pampuri.
- Diseño sobre vacunación contra el COVID-19
- Diseño vacuna contra el VPH en los Hospitales de la entidad
- Diseño conmemoración día de la mujer
- Diseño de conmemoración del día mundial del riñón
- Diseño construyendo gobernanza, jornada de salud Puerto Rondón.
- Diseño jornada de vasectomías en el Hospital San Antonio de Tame
- Diseño sobre jornada de realización de pruebas de embarazo Hospital San lorenzo.
- Diseño de vasectomía en el Hospital San Antonio.
- Diseño sobre rendición de cuentas vigencia 2022.
- Diseño sobre vacunación contra el COVID-19
- Diseño vacuna contra el VPH en los Hospitales de la entidad
- Diseño vacante de bacteriólogo Hospital San José
- Diseño de condolencias Carmen Buitrago
- Diseño de condolencias Joaquín Emilio.
- Diseño Servicio de ambulancia y urgencias Hospital San lorenzo
- Publicación Jornada de vacunación nacional
- Diseño vacante médico general Hospital San Ricardo
- Diseño conmemoración día del hombre

CONCLUSIONES

Se ha cumplido con las labores encomendadas en el área de comunicaciones, dado que los indicadores se mantienen en óptimos niveles de cumplimiento durante este periodo de tiempo.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 28 de 224

2.INFORME SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

En el proceso de facturación se describen las actividades que se requieren para un finalizar de manera correcta el proceso que alimenta las demás áreas financieras de la entidad. A continuación, se hace un resumen de ello.


2.1 CONTRATACIÓN

Para el primer Trimestre de 2023 con corte 31 de Marzo de 2023, se presentan los estados contractuales con las siguientes entidades:

- Contrato con eps sanitas hasta 31 de diciembre de 2023 con un valor usuario de 23.202 y un incremento en el evento de 3%.
- Policía nacional contrato en negociación.
- Contrato con Positiva con valor Soat Especial (+25%).
- Contrato con Capresoca en negociación.
- contratación PIC con Municipio de Cravo Norte por valor de \$283.190.926
- contratación PIC con Municipio de Rondon por valor de \$169.502.887.
- contratación Nueva eps hasta 31 de diciembre de 2023 de evento y capita.

2.2 FACTURACIÓN GENERADA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 2023

Durante el primer trimestre de 2023, el comportamiento de la facturación generada fue el siguiente:

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 29 de 224

2.3 FACTURACION GENERADA POR REGIMEN

A continuación, se detalla la facturación generada por cada régimen durante el primer Trimestre de 2023.


Tabla 1. Facturación Generada A corte 31 de MARZO de 2023 por Régimen

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO				
FACTURACION GENERADA POR REGIMENES A CORTE 31 DE MARZO 2023				
DEPARTAMENTO DE FACTURACION				
REGIMEN	FACTURACION GENERADA A 31 DE MARZO			
	CAPITA	EVENTO	TOTAL	%
ARL	-	21.898.476,00	21.898.476,00	0,2%
CONTRIBUTIVO	123.542.702,00	646.141.329,70	769.684.031,70	8,1%
ESPECIAL	-	50.828.627,00	50.828.627,00	0,5%
IPS PRIVADAS	8.829.593,00	84.434.736,00	93.264.329,00	1,0%
MEDICINA PREPAGADA	-	-	-	0,0%
OTRAS ASEGURADORAS AXA SEG. VIDA	-	-	-	0,0%
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	-	-	-	0,0%
PARTÍCULARES	-	26.623.681,00	26.623.681,00	0,3%
RECLAMACIONES ADRES	-	39.056.220,50	39.056.220,50	0,4%
SALUD PÚBLICA	-	177.580.070,00	177.580.070,00	1,9%
PIC	-	-	-	0,0%
SOAT	-	235.099.311,70	235.099.311,70	2,5%
SUBSIDIADO	5.803.107.248,00	2.052.953.315,40	7.856.060.563,40	82,2%
VINCULADO	-	284.285.080,00	284.285.080,00	3,0%
TOTAL	5.935.479.543,00	3.618.900.847,30	9.554.380.390,30	100%

Fuente: Consolidado Facturación Generada A corte 31 de marzo de 2023

De acuerdo a la tabla No. 1, se presentó de la siguiente manera, la facturación más representativa fue a cargo de él régimen subsidiado con el 82.2%, seguidamente tenemos al régimen Contributivo con un 8.1%, Vinculado con un 3%, siendo estas las empresas más representativas porcentualmente.

FACTURACION POR HOSPITAL A CORTE 31 DE MARZO DE 2023

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 30 de 224

Seguidamente se presenta la facturación generada por cada unidad asistencial de la siguiente manera:

Tabla 2. Facturación Generada por Unidad Asistencial a corte 31 de marzo de 2023


ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO			
FACTURACION GENERADA POR HOSPITAL A 31 DE MARZO 2023			
CODIGO	HOSPITAL	TOTAL FACTURACION GENERADA	%
1	SAN ANTONIO DE TAME	\$ 3.454.569.259,00	36%
2	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	\$ 426.755.854,10	4%
3	SAN LORENZO DE ARAUQUITA	\$ 2.399.335.597,55	25%
4	SAN RICARDO PAMPURI	\$ 373.968.988,30	4%
5	CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUQUITA	\$ 211.687.904,65	2%
6	SAN FRANCISCO DE FORTUL	\$ 1.497.130.732,50	16%
7	SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	\$ 570.262.278,00	6%
8	SAN JOSE DE CRAVO NORTE	\$ 443.089.706,20	5%
9	ESE MORENO Y CLAVIJO	\$ 177.580.070,00	2%
TOTAL		\$ 9.554.380.390,30	100%

Fuente: Consolidado Facturación Generada Primer Trimestre 2023

Se evidencia que, para el Primer Trimestre de 2023, el Hospital San Antonio de Tame presento la mayor facturación de la ESE Moreno y Clavijo la cual fue del 36%, seguido del Hospital San Lorenzo de Arauquita con el 25%, esto de acuerdo al tamaño de la población, mientras que el hospital San Francisco de Fortul ocupa el tercer puesto con el 16% de la facturación esto de acuerdo a la población de cada municipio.

FACTURACIÓN RADICADA A CORTE 31 DE MARZO DE 2023.

A continuación, se presenta la facturación radicada a corte 31 de marzo de 2023 respectivamente:

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 31 de 224


ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO FACTURACION RADICADA POR HOSPITAL A CORTE 31 DE MARZO 2023			
CODIGO	HOSPITAL	FACTURACION RADICADA	
1	SAN ANTONIO DE TAME	2.973.058.089	30%
2	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	424.553.609	4%
3	SAN LORENZO DE ARAUQUITA	2.089.605.686	21%
4	SAN RICARDO PAMPURI	341.823.032	3%
5	CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUQUITA	168.585.460	2%
6	SAN FRANCISCO DE FORTUL	1.410.549.868	14%
7	SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	516.986.170	5%
8	SAN JOSE DE CRAVO NORTE	396.839.249	4%
9	ESE MORENO Y CLAVIJO	1.544.097.855	16%
TOTAL		9.866.099.017	100%

El total de la facturación radicada a corte a 31 de marzo de 2023 fue por valor de \$ **9.866.099.017**, de los cuales el 30 % pertenece al Hospital San Antonio de Tame seguido con un 21% el Hospital San Lorenzo de Arauquita esto obedece a que son los Hospitales con mayor Facturación, se logró adelantar la radicación de algunas cuentas que estaban pendientes de la vigencia anterior.

FACTURACIÓN RADICADA POR REGIMEN Y MODALIDAD CON CORTE 31 DE MARZO DE 2023

A continuación, se presenta la facturación radicada por régimen y modalidad de contratación con corte 31 de marzo de 2023:

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO				
FACTURACION RADICADA POR REGIMENES A CORTE 31 MARZO 2023				
DEPARTAMENTO DE FACTURACION				
REGIMEN	TOTAL FACTURACION RADICADA			%
	CAPITA	EVENTO	TOTAL	
IPS PRIVADAS	4.592.451,00	59.603.850,00	64.196.301,00	0,65%
CONTRIBUTIVO	114.794.450,00	526.492.070,00	641.286.520,00	6,50%
SUBSIDIADO	5.363.857.733,00	1.689.256.952,35	7.053.114.685,35	71,49%
VINCULADO	-	275.234.894,00	275.234.894,00	2,79%
SOAT	-	253.847.737,35	253.847.737,35	2,57%
ESPECIAL	-	23.013.562,00	23.013.562,00	0,23%
ARL	-	11.307.462,00	11.307.462,00	0,11%
SALUD PÚBLICA	-	1.544.097.855,00	1.544.097.855,00	15,65%
TOTAL	5.483.244.634,00	4.382.854.382,70	9.866.099.016,70	100,00%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 32 de 224

El total de la facturación radicada a corte 31 de Marzo de 2023, fue por valor de **\$9.866.099.016**, de los cuales el 71.49% pertenece al régimen Subsidiado, el 6.5% del régimen Contributivo, Salud Pública (PIC) 15.65% Y el 2.79% del régimen Vinculado.

Falencias presentadas en el proceso de Facturación

Es de gran importancia el apoyo que se recibe por parte de la institución para la ejecución de las actividades en cada uno de los puestos de trabajo, sin embargo, algunas herramientas de trabajo son intermitentes o se encuentran ausentes para el cumplimiento del 100% del objetivo de cada logro.

- De acuerdo a visitas de auditoría a los Hospitales denotamos que la falencia más grande que tiene el área de facturación es la falta de Herramientas (equipo de cómputo e impresoras y scanner).
- Falta de personal para los procesos de facturación, puesto que los mismos facturadores son quienes están realizando la asignación de citas y esto afecta el proceso.
- El software salud360 viene presentando muchas falencias en la parte asistencial y generación de informes, no son los esperados para la rendición de información a la subgerencia y gerencia para la toma de decisiones.

Medidas de mejora

- Una de las estrategias para mitigar las falencias en los motivos de devoluciones, fue realizar visitas a las unidades con mayor número de errores, como en el caso del Hospital San Lorenzo, San Antonio de Tame y San Francisco de Fortul.
- Se ha tratado en lo posible que se realice pre Auditoria de la facturación en la unidad asistencial antes de ser radicada.
- Se realizó retroalimentación, socialización y capacitación de la contratación vigente y los nuevos contratos como sus servicios incluidos en cada uno de ellos.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 33 de 224

- Se cuenta con un directorio de las diferentes EPS actualizado, que contiene línea telefónica y correo electrónico, este es enviado a cada uno de los coordinadores de facturación para su socialización con los facturadores.
- Se realiza la implementación de nuevo software lo cual permite disminuir el desgaste humano y nos ayuda a controlar la facturación.

RECEPCION DE FACTURACION FISICA Y VALIDACION DE RIPS:

De acuerdo al cronograma establecido para el envío de la facturación de los hospitales y centros de salud es de los cinco (05) días de cada mes.

Los hospitales y centros de salud, enviaron dentro de los términos establecidos según circular interna la facturación generada en físico y en magnético, Rips validados y soportes de facturación generada por evento en magnético para el área de auditoría.

HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQITA presenta los RIPS unificados del Centro de Salud De Panamá Y Hospital San Ricardo Pampuri- La Esmeralda al igual que la facturación.

HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME y PUERTO JORDAN presenta los RIPS por separados debido a inconvenientes para el envío.


VALIDACIÓN Y CORRECCIÓN DE RIPS.

Los Rips llegan después de recibida la facturación, según la validación se presentan inconsistencias en todos los hospitales en algunos muy mínimas en otras son muy frecuentes estos errores. La validación de RIPS la realiza el técnico de Radicación, lo cual nos ha disminuido en tiempo de radicación, también realiza seguimiento y soporte técnico con el fin de tener correctamente validado los RIPS en los portales de alguna EPS o envío de los mismos en físico o por correo electrónico.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 34 de 224

ACCIONES REALIZADAS

- Se realizó participación en las diferentes negociaciones con las EPS, durante el Primer trimestre de 2023.
- Se recibió en medio magnético y físico la facturación generada de los hospitales: San Antonio de Tame, San Lorenzo de Arauquita, San Francisco de Fortul, San José de Cravo Norte, San Juan de Dios de Puerto Rondón y San Ricardo Pampuri, al igual que los Centro de Salud: Juan de Jesús Coronel de Puerto Jordán y Panamá de Arauca; para cada inconveniente presentado se evidencio y a su vez se subsanaron inconvenientes y errores encontrados.
- Según la contratación establecida se han dirigido correos electrónicos informando las actividades de los contratos y tarifas establecidas.
- Se generó informes requeridos por las diferentes áreas, donde se detalló la contratación recibida durante el año por las diferentes EAPB, la producción y radicación por EAPB, régimen, modalidad, variación según IPS, variación mes actual con el mes anterior, tramite y trazabilidad de la glosa, cumplimiento de la recepción de la facturación física y magnética por los hospitales y centros de salud, acciones realizadas, recibida en el trimestre del presente año.
- Se mantiene el archivo digital de la contratación vigente con las EAPB, las cuales se enviaron en medio (magnético) a los Hospitales y Centros de Salud.
- A través del envío de Bases de Datos por parte de las EPS, se han actualizado y enviado a los municipios de las empresas: FOSCAL, SANITAS, COOSALUD, y Nueva EPS.
- Conciliación con el Área de cartera en cuanto a la facturación que se radico mes a mes.
- Se realizó la conciliación con contabilidad mes a mes de la facturación generada.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 35 de 224

- Por medio de las Certificaciones enviadas con las EAPB con las cuales tenemos contrato bajo la modalidad de Capitado se liquidaron las capitas mensuales de los contratos de Sanitas eps, Nueva Eps, Coosalud y Foscal.
- Se crearon, actualizaron y modificaron según la necesidad los contratos de prestación de servicios de salud por cada empresa cliente en el respectivo software de facturación, llevando a cabo la depuración de empresas con contratos vencidos.
- Para el proceso de contratación se brindó acompañamiento a la subgerencia de Salud con las diferentes EPS, teniendo como principio el mejoramiento continuo de la entidad y especificando tarifas SOAT, códigos CUPS y servicios a contratar, los cuales serán actualizados y anexados en la resolución interna, por la cual se fijan las tarifas de los servicios de salud e insumos de la Empresa Social del Estado “Moreno y Clavijo”.
- Seguimiento al vencimiento de la contratación para la vigencia 2023.

2.3 INFORME DE GESTIÓN SUBPROCESO DE CARTERA


DATOS GENERALES

Se presentan las acciones a realizadas con el objeto de mejorar el recaudo de la entidad, base fundamental para el logro financiero de la misma.

La cartera es el producto de la venta de servicios de salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), para la ESE MYC, como las diferentes IPS, una efectiva gestión mejora el flujo de recursos, base fundamental para garantizar la sostenibilidad financiera y cumplimiento de metas proyectadas permitiendo una mejora continua de nuestro equipo humano y técnico.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

- Garantizar la sostenibilidad Financiera de la ESE MYC a través de las actividades pendientes al recaudo de cartera a cada una de las diferentes ERP.
- Determinar una gestión adecuada de recaudo de la cartera de la institución con unos componentes claros y definidos.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 36 de 224


DESARROLLO DEL INFORME:

Al cierre del I trimestre de 2023 la ESE MYC presenta un saldo de cartera por prestación de servicios de salud por un valor de \$19.395.405.701; existe un saldo por la suma de \$7.340.883.000 que representa un 37.85% del total de la cartera el cual corresponde a 16 entidades que actualmente se encuentran en proceso de liquidación. El régimen subsidiado continua con un % de participación del 55.77% con un saldo de cartera por valor de \$10.817.259.304, las entidades que atienden a la PPNA con el 15.63% con un saldo de \$3.030.587.948, el régimen contributivo representa un 13.50% con un saldo de cartera por valor de \$2.618.804.772, las entidades aseguradoras representan un 6.43% con un saldo de \$1.247.797.585, otras entidades que concentra convenios interadministrativos (Fundación operación sonrisa, Cruz Roja Colombiana) los PIC municipales y departamentales representa un 7.42% con un saldo de cartera por valor de \$1.438.954.689, las entidades a las cuales pertenecen las IPS privadas, régimen especial, ARL con un saldo de cartera de \$242.001.402 representando un 1.25%.

CIERRE ESTADO CARTERA I TRIMESTRE 2023			
ENTIDADES	SALDO NETO	ENT. LIQUIDACION	NETO
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 10.817.259.304	\$ 6.892.003.163	\$ 3.925.256.141
CONTRIBUTIVO	\$ 2.618.804.772	\$ 448.879.837	\$ 2.169.924.935
SOAT	\$ 1.247.797.585	\$ -	\$ 1.247.797.585
PRIVADA	\$ 39.319.747	\$ -	\$ 39.319.747
ARL	\$ 72.566.427	\$ -	\$ 72.566.427
ESPECIAL	\$ 130.115.228	\$ -	\$ 130.115.228
VINCULADOS	\$ 3.030.587.948	\$ -	\$ 3.030.587.948
OTROS	\$ 1.438.954.689	\$ -	\$ 1.438.954.689
SALDO CARTERA	\$ 19.395.405.701	\$ 7.340.883.000	\$ 12.054.522.701

BASE DATOS EXCELL - SOFTWARE SALUD 360

Realizando un comparativo frente al trimestre anterior este presenta una disminución de \$4.409.072.755 el cual representa un 22.73% del saldo de cartera saldo concentrado principalmente en el régimen contributivo y en las IPS privadas; esta variación se debe al proceso de cruce y depuración de saldos de cartera realizado con la Nueva EPS que nos permitió aplicar pagos alrededor de \$2.635.263.500.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 37 de 224

COMPARATIVO ESTADO DE CARTERA				
REGIMEN	CIERRE 2022	I TRIMESTRE 2023	VR. ABSOLUTA	VR. RELATIVA
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 7.812.765.550	\$ 10.817.259.304	\$ 3.004.493.754	38,46%
CONTRIBUTIVO	\$ 10.533.793.502	\$ 2.618.804.772	\$ (7.914.988.730)	-75,14%
SOAT	\$ 1.373.241.353	\$ 1.247.797.585	\$ (125.443.768)	-9,13%
PRIVADA	\$ 141.259.528	\$ 39.319.747	\$ (101.939.781)	-72,16%
ARL	\$ 45.476.581	\$ 72.566.427	\$ 27.089.846	59,57%
ESPECIAL	\$ 130.557.914	\$ 130.115.228	\$ (442.686)	-0,34%
VINCULADOS	\$ 2.660.591.228	\$ 3.030.587.948	\$ 369.996.720	13,91%
OTROS	\$ 1.106.792.800	\$ 1.438.954.689	\$ 332.161.889	30,01%
TOTALES	\$ 23.804.478.456	\$ 19.395.405.701		


ANALISIS ESTADO DE CARTERA POR EDADES

El saldo de cartera de 0 a 90 días se encuentra en la suma de \$ 2.956.058.288 la cual representa un 15.24% de participación siendo catalogada como corriente dado que aún se encuentra en los tiempos normativos de auditoría, el saldo de cartera entre 91 y 180 días se encuentra en la suma de \$2.722.354.499 el cual representa un 14.04%, un saldo de cartera entre 181 y 360 días por valor de \$2.760.052.801 que representa un 14.23% y un saldo de la cartera > a 360 días por la suma de \$10.956.940.112 que representa un 56.49% del total de la facturación.

ESTADO CARTERA I TRIMESTRE 2023					TOTAL CARTERA BRUTA
ENTIDADES	CORRIENTE	DE 91 A 180 DIAS	DE 181 A 360 DIAS	> A 361 DIAS	
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 434.523.808	\$ 1.337.732.711	\$ 183.073.818	\$ 7.537.838.776	\$ 10.817.259.304
CONTRIBUTIVO	\$ 473.605.657	\$ 660.653.566	\$ 1.685.321.421	\$ 889.564.309	\$ 2.618.804.772
SOAT	\$ 46.865.847	\$ 69.697.829	\$ 142.734.326	\$ 988.499.583	\$ 1.247.797.585
PRIVADA	\$ 1.759.500	\$ 3.777.569	\$ 13.499.070	\$ 26.225.108	\$ 39.319.747
ARL	\$ 10.227.044	\$ 9.922.145	\$ 9.820.207	\$ 7.754.454	\$ 72.566.427
ESPECIAL	\$ 62.129.497	\$ 68.802.790	\$ 86.418.696	\$ 31.052.567	\$ 130.115.228
VINCULADOS	\$ 436.914.829	\$ 516.574.546	\$ 596.818.032	\$ 1.464.423.754	\$ 3.030.587.948
OTROS	\$ 1.370.032.106	\$ 55.193.343	\$ 2.140.003	\$ 11.581.562	\$ 1.438.954.689
TOTALES	\$ 2.956.058.288	\$ 2.722.354.499	\$ 2.760.052.801	\$ 10.956.940.112	\$ 19.395.405.701

FUENTE ARCHIVO CARTER

REGIMEN SUBSIDIADO

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 38 de 224

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado a corte 30 de marzo de 2023 es de \$10.817.259.304 el cual representa un 55.77% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación (Comparta, Convida, Salud vida, Cafesalud, Caja de compensación familiar de Córdoba – Comfacor - Caja de compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy, AMBUQ - Emdisalud) por valor de \$6.820.439.542. Preocupante que de las 26 EPS que actualmente registran saldos en nuestra base de datos pertenecientes al régimen subsidiado; 11 de ellas se encuentren en proceso de liquidación con acreencias ya presentadas ante las diferentes liquidadoras con un saldo % de participación del 63.71% que corresponde a un valor de \$6.892.003.163; valor que tiende a incrementarse teniendo en cuenta 14 EPS que se encuentran en la mira de la Superintendencia de Salud con medidas especiales con 3 de ellas con resolución de toma de posesión de bienes y haberes por poner en riesgo tanto la vida de sus afiliados como la estabilidad financiera de sus redes de prestación.

REGIMEN CONTRIBUTIVO


La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen contributivo a corte 31 de marzo es de \$2.618.804.772 la cual representa un 13.50% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación (Cafesalud, Coomeva, Medimás EPS, Cruz Blanca y Saludcoop) por valor de \$448.879.837.

PPNA - VINCULADOS

El saldo de cartera de las entidades que agrupan a vinculados – migrantes – representa el 15.63% del total de la cartera; con unos saldos con mora < a 90 días por valor de \$436.914.829 que representa un 14.42%, entre 91 y 180 días un saldo de \$516.574.546 que representa un 17.05%, saldos con mora < a 360 días de \$596.818.032 que representa un 19.69% y cartera > a 361 días representa un 48.32% con un saldo de \$1.464.423.754.

CONSOLIDADO RECAUDO

A corte I trimestre se obtiene un recaudo total por la suma de \$7.586.232.504,64 discriminados en \$507.772.700 que representan un 6.69% que corresponden a recaudo vigencia anterior y \$7.078.459.803 que representa el 93.31% que corresponde a la vigencia actual. El régimen subsidiado con un recaudo consolidado de \$6.953.397.089 representa un 91.66% de los recursos percibidos en el I trimestre por la ESE, el PIC departamental alcanza un 3.73% de participación con \$282.670.862, otras ventas (convenios) con el 1.78% por un valor de \$134.849.600, aseguradoras con un recaudo de \$97.869.233 que representa un 1.29%.


 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01 Página 39 de 224	

REGIMEN	CONSOLIDADO RECAUDO I TRIMESTRE							
	EVENTO		CAPITADO		TOTAL VIGENCIA ANTERIOR	TOTAL VIGENCIA ACTUAL	TOTALES	% PART.
	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL				
SUBSIDIADO	\$ 266.552.564,00	\$ 290.878.840,00	\$ -	\$ 6.395.965.685,70	\$ 266.552.564,00	\$ 6.686.844.525,70	\$ 6.953.397.089,70	91,66%
CONTRIBUTIVO	\$ 1.225.944,94	\$ 3.598.415,00	\$ -	\$ -	\$ 1.225.944,94	\$ 3.598.415,00	\$ 4.824.359,94	0,06%
M. PREPAGADA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
SOAT	\$ 33.100.935,00	\$ 64.768.298,00	\$ -	\$ -	\$ 33.100.935,00	\$ 64.768.298,00	\$ 97.869.233,00	1,29%
ARL	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
IPS PRIVADAS	\$ 36.175.535,00	\$ 46.244.596,00	\$ -	\$ -	\$ 36.175.535,00	\$ 46.244.596,00	\$ 82.420.131,00	1,09%
PIC MCPAL	\$ 31.907.450,00	\$ 250.763.412,00	\$ -	\$ -	\$ 31.907.450,00	\$ 250.763.412,00	\$ 282.670.862,00	3,73%
PIC DEPTAL	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
PPNA	\$ -	\$ 525.465,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 525.465,00	\$ 525.465,00	0,01%
REG. ESPECIAL	\$ 853.045,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 853.045,00	\$ -	\$ 853.045,00	0,01%
OTRAS VENTAS (OIM)	\$ 133.967.100,00	\$ 882.500,00	\$ -	\$ -	\$ 133.967.100,00	\$ 882.500,00	\$ 134.849.600,00	1,78%
PARTICULARES	\$ 3.990.127,00	\$ 24.832.592,00	\$ -	\$ -	\$ 3.990.127,00	\$ 24.832.592,00	\$ 28.822.719,00	0,38%
TOTALES	\$ 507.772.700,94	\$ 682.494.118,00	\$ -	\$ 6.395.965.685,70	\$ 507.772.700,94	\$ 7.078.459.803,70	\$ 7.586.232.504,64	100%

El régimen subsidiado con un recaudo consolidado de \$6.953.397.089 representa un 91.66% de los recursos percibidos en el I trimestre por la ESE, el PIC departamental alcanza un 3.73% de participación con \$282.670.862, otras ventas (convenios) con el 1.78% por un valor de \$134.849.600, aseguradoras con un recaudo de \$97.869.233 que representa un 1.29%. El recaudo por ventas a particulares alcanza un valor de \$28.822.719 mientras que los ingresos identificados en el trimestre representan la suma de \$235.694.488.

CONCLUSIONES

- Un 37.85% de la cartera se encuentra concentrada en empresas en proceso de liquidación; las cuales en su mayoría presentan resolución de reconocimiento de deuda sin embargo no existe certeza sobre el pago de estos valores ya reconocidos, adicional se encuentran ya en proceso de intervención 3 EPS más como son: Comfamiliar Huila, Ecoopsos y Convida. Mediante resolución 2023320030002332-6 del 13/04/23 la Superintendencia Nacional de Salud ordeno la toma de posesión de bienes y haberes de la EPS Ecoopsos debido a la grave situación financiera, el deterioro histórico y progresivo de los indicadores, se está a la espera de que el agente liquidador emita resolución definiendo tiempos para la presentación oportuna de acreencias a fin de realizar la presentación de 45 facturas que ya se encuentran revisadas, verificadas y consolidadas por valor de \$12.218.797.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 40 de 224


- Pese a que para este trimestre se presentó disminución de los saldos de cartera en la mora de 0 a 180 días frente al cierre de la vigencia anterior; preocupa el hecho del aumento en la cartera > a 180 días, esto en gran medida al deterioro de los saldos de cartera en las empresas el proceso de liquidación, saldos sobre los cuales no se ha iniciado proceso jurídico alguno pese a las solicitudes remitidas desde el área de cartera.
- Este informe se presenta con salvedad dado que actualmente se encuentra en implementación – software salud 360 – el cual presenta innumerables inconvenientes en cuanto a diferencias en los informes generados, los cuales han sido informados de manera oportuna, por ende, los reportes generados carecen de confiabilidad, relevancia, comprensibilidad y comparabilidad ya que no permiten confrontar la información financiera.

2.4 INFORME DE GESTION SUBPROCESO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

OBJETIVO: Presentación del informe trimestral con el fin de analizar el avance del estado de objeciones iniciales y glosas definitivas, estableciendo los procedimientos encaminados al mejoramiento las fallas encontradas en las mismas.


ALCANCE DE LA AUDITORIA: Verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad vigente para la presentación de las cuentas por servicios de salud, a partir de la auditoría realizada a la facturación radicada a las diferentes Entidades responsables de pago.

DOCUMENTACIÓN ANALIZADA: De acuerdo al periodo comprendido entre 01 de ENERO 2023 A MARZO 2023, hemos recibido objeciones por un valor de **\$211.528.916**, correspondiente a la radicación de las cuentas por prestación de servicios de salud en los diferentes hospitales. Dicho valor de glosas corresponde a diferentes motivos clasificados en Objeción Administrativas y pertinencia médica, cabe resaltar que dichas objeciones fueron respondidas y soportadas según los tiempos estipulados en la normatividad vigente.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 41 de 224

MOTIVO PRINCIPAL	GLOSA INICIAL	VALOR ACEPTADO
AUTORIZACIÓN	8,082,700	-
COBERTURA	49,699,686	-
FACTURACION	51,900,854	194,584
PERTINENCIA	21,371,120	1,252,840
SOPORTES	44,223,038	2,824,879
TARIFAS	36,251,518	434,372
Total general	211,528,916	4,706,675

EMPRESA RESPONSABLE DE PAGO	GLOSA INICIAL	VALOR ACEPTADO
SALUD TOTAL SA EPS ARS	613,36	-
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	16,52	-
AXA COLPATRIA SEGUROS S A	345,60	75,30
CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO SAS	883,01	7,50
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	519,61	-
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A	3,635,521	4,17
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S A S	1,154,566	3,20
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	53,660,162	-
LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS	4,977,484	16,61

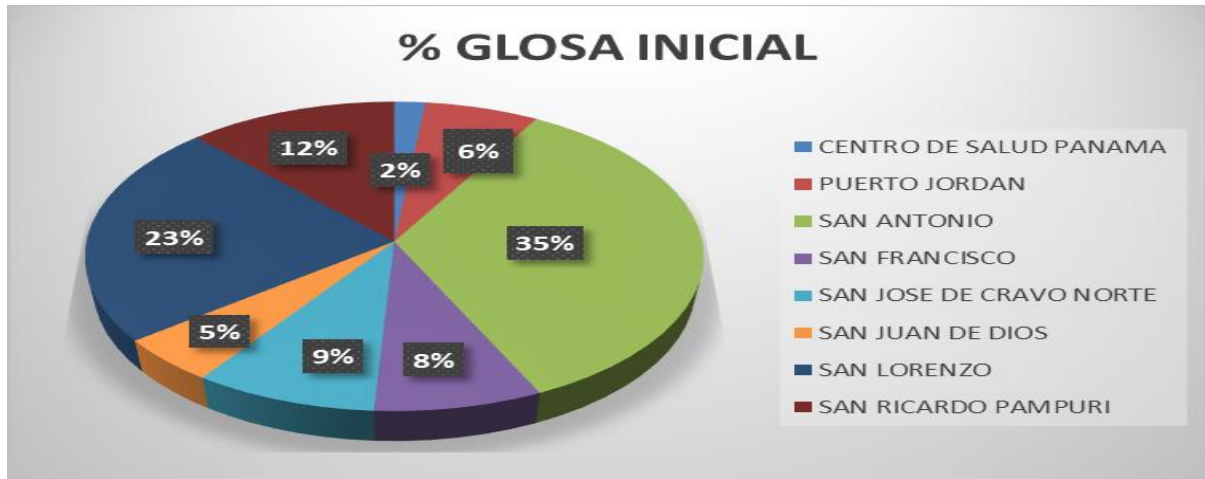
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 42 de 224

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	168,32	-
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	2,975,853	2,665,153
PREMIERE URGENCE INTERNATIONALE	15,50	15,50
SEGUROS BOLIVAR SA	60,60	60,60
SEGUROS DEL ESTADO	4,204,212	-
UAESA ARAUCA	18,308,971	-
UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB	2,224,325	163,93
UAESA SIN CONTRATO VENEZOLANOS	25,567,035	-
FOSCAL UT	1,258,849	387,23
SOAT PREVISORA SEGUROS	19,226,651	647,69
SOAT MUNDIAL DE SEGUROS	7,005,803	357,05
AXA COLPATRIA SOAT	2,669,045	25,05
MEDISALUD EVENTO	5,826,772	75,80
SEGUROS DEL ESTADO SOAT	2,048,215	-
SANITAS CONTRIBUTIVO EVENTO	10,229,917	-
CAPITAL SALUD EVENTO SUBSIDIADO	397,15	2,50
SOAT SEGUROS BOLIVAR	272,89	90,90
POSITIVA ARL	669,90	87,40

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 43 de 224

SANITAS REGIMEN SUBSIDIADO EVENTO	28,916,579	-
COOSALUD EVENTO SUBSIDIADO	113,90	1,60
ASMET SALUD EVENTO SUBSIDIADO	19,50	19,50
FAMISANAR SUBSIDIADO EVENTO	1,514,479	-
UAESA COVID	266,90	-
SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO EVENTO	1,504,286	-
SANITAS CONTRIBUTIVO EVENTO VACUNAS	204,00	-
SALUD TOTAL SUBSIDIADO COVID	99,40	-
SALUD TOTAL EVENTO SUBSIDIADO	234,46	-
NUEVA EPS ASISTENCIAL SUBSIDIADO CAPITA	9,719,559	-
TOTAL	211,528,916	4,706,675


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 44 de 224



CONCILIACIÓN DE GLOSAS


Durante el desarrollo de las actividades del trimestre I 2023, se llevaron a cabo diferentes mesas de negociación con el resultado final de actas de conciliación entre la ESE MYC, y las diferentes entidades responsables de pago, según detallado aquí relacionado.

FECHA CONCILIACION	REGIMEN	EMPRESA	VALOR DE GLOSA INICIAL	VALOR DE GLOSA ACEPTADA	VALOR A PAGAR
18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA N° RADICADO 17934	3,994,000	0	3,994,000
18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA N° RADICADO 18236	5,454,570	2,109,377	3,345,193
18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA N° RADICADO 18577	2,791,800	262,830	2,528,970
18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA N° RADICADO 18586	378,900	0	378,900
18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA N° RADICADO 18589	9,057,951	1,377,702	7,680,249

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036		
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01		
			Página 45 de 224		

18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA Nº RADICADO 18600	604,553	70,451	534,102
18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA Nº RADICADO 20423	3,701,100	354,004	3,347,096
28/12/2022	AVANZAR FOS	FOSCAL ACTA DE CONCILIACION 1252	327,925	280,650	47,275
7/02/2023	ARL	POSITIVA CODIGO MIS_5_4_4_FR36	2,840,253	2,589,853	250,400
25/01/2023	SUBSIDIADO	COOSALUD ACTA CONCILIACION CAPITACION	683,331	492,722	190,609
28/02/2023	AVANZAR FOS	FOSCAL ACTA DE CONCILIACION 1315	242,959	242,959	0
28/02/2023	AVANZAR FOS	FOSCAL ACTA DE CONCILIACION 1316	154,400	154,400	0
30/03/2023	ARL	<u>POSITIVA CODIGO MIS 5 4 4 FR36</u>	186,800		186,800
4/04/2022	SUBSIDIADO	<u>NUEVA EPS SUBSIDIADO</u>	216,634,443	45,553,612	171,080,831
4/04/2022	CONTRIBUTIVO	<u>NUEVA EPS CONTRIBUTIVO</u>	138,711,808	29,886,393	108,825,415
3/02/2022	CONTRIBUTIVO	<u>SANITAS EPS</u>	167,314,555	25,097,183	142,217,372
4/04/2022	CONTRIBUTIVO	<u>NUEVA EPS CONTRIBUTIVO DEVOLUCIONES</u>	145,046,117	36,261,529	108,784,588
4/04/2022	SUBSIDIADO	<u>NUEVA EPS SUBSIDIADO DEVOLUCIONES</u>	441,134,944	110,283,736	330,851,208
		TOTAL CONCILIADO	1,139,260,409	255,017,401	884,243,008

El plan de trabajo a realizar Se continúa con el acompañamiento y socialización de glosas personalizada y por medio de la plataforma zoom. Se estudió la información reportada por errores de los facturadores y se realizan actividades encaminadas al mejoramiento de nuestras funciones en la entidad, con el ánimo de contribuir al cumplimiento de cada uno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 46 de 224

de los objetivos planteados y así garantizar más recursos para la institución, se realiza actualización de normatividad vigente aplicable a facturación.


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

De la misma manera se inició un trabajo con el área de saneamiento contable, pues se evidencia que en contabilidad existen saldos no correspondientes a los acordados con diferentes empresas, resultando valores altos para conciliación de glosas no correspondientes no concordantes con las actas en archivo del área de Auditoría y Cartera.

- Se continúa realizando la entrega al área de Facturación y a la Sub dirección Administrativa, detallado trimestral por hospital con los motivos de glosas más frecuentes y las ERP que los generan, con el ánimo de tomar medidas correctivas y mejora.
- Se adelantará cronograma de conciliación una vez el área de cartera entregue estados de cartera depuradas con cada empresa responsable de pago con el fin de iniciar traite de conciliación entre las partes.
- Del mismo modo se continúa adelantando el cronograma de visitas a los hospitales con el fin de socializar los principales motivos de glosas, brindar apoyo y recomendaciones a los equipos de trabajo.
- Del mismo modo seguimos solicitando la depuración de saldos errados en el sistema contable, pues allí aparecen valores que ya fueron conciliados y datos que no corresponden con las glosas iniciales.

IDENTIFICACION DE HALLAZGOS

Es preciso resaltar que dentro de las funciones de los directores de cada hospital se establece realizar seguimiento a la facturación, y el seguimiento a los compromisos pactados con el personal a cargo en los diferentes comités, con el fin de identificar posibles errores en la facturación generada antes de ser enviada a la sede central. De acuerdo con lo anterior podemos evidenciar que el resultado de este ejercicio no viene generando un impacto positivo según evidencias en facturación auditada.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 47 de 224

- **En cuanto al Recurso Humano:**

- ✓ Durante este periodo se evidenció el interés por parte del personal involucrado en el proceso, para participar en el mejoramiento continuo de la institución. El personal muestra poco interés en la revisión de la facturación antes de ser enviada a las instituciones pagadoras de acuerdo a la capacidad y conocimiento que ya tienen en sus áreas de trabajo. Todo esto con el fin de disminuir las glosas por motivos recurrentes. Las glosas incrementadas lo demuestran. Sin embargo, se evidencia que algunos hacen caso omiso a las indicaciones y directrices impartidas en diferentes comités de facturación, correos informativos, chat de grupos implementados, llamadas telefónicas, visitas a los hospitales, etc.


Se continuará con el trámite de respuestas de las glosas en el aplicativo con el fin de iniciar mejores resultados de informes y demás, trámite que se realiza durante los tiempos establecido normativo.

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

2.5 SUBPROCESO PRESUPUESTO

BALANCE PRESUPUESTAL I TRIMESTRE 2023

El balance presupuestal del I trimestre del año 2023, presenta una apropiación inicial de **\$37.583.006.535,00**, con unas Adiciones totales de **\$ 3.122.448.191,00**, para un presupuesto definitivo de **\$40.705.454.726**.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 48 de 224

Cuadro 1 Modificaciones y traslados al presupuesto
Ingreso

APROPIACION INICIAL	ADICIONES	REDUCCIONES	CREDITOS	DEBITOS	DEFINITIVO
37.583.006.535	3.122.448.191	-	-	-	40.705.454.726

Las adiciones al presupuesto están asociadas con recursos del balance de la vigencia anterior, adiciones de Disponibilidad Inicial de la vigencia 2022, que comprenden recursos propios, aporte de la nación e inversiones de la vigencia anterior.

BALANCE PRESUPUESTAL DE MARZO 2023

BALANCE DE INGRESOS

Cuadro3 Balance de Ejecucion de Ingresos


Vales en miles

CONCEPTO	P	APROPIADO	RECONOCIDO	% EJE	RECAUDO	% EJE	CXC
DISPONIBILIDA INICIAL	1	2.821.229	2.821.229	100%	2.821.229	100%	-
RECURSOS PROPIOS		2.548.545	2.548.545	100%	2.548.545	100%	-
DESTINACION ESPECIFICA		272.683	272.683	100%	272.683	100%	-
INGRESOS CORRIENTES	2	37.882.905	12.889.989	34%	9.569.357	74%	3.320.632
VENTA DE SERVICIOS CTE		32.394.268	10.656.014	33%	7.335.382	69%	3.320.632
VENTAS CXC		1.725.998	681.805	40%	681.805	100%	-
APORTES DPTO O NACION		3.762.640	1.552.170	41%	1.552.170	100%	-
RECURSOS DE CAPITAL	3	1.320	1.495	113%	1.495	100%	-
RENDIMIENTOS FINANCIEROS CUENTAS DE AHORRO		1.320	1.495	113%	1.495	100%	-
INGRESOS TOTALES	100,0%	40.705.455	15.712.713	39%	12.392.081	79%	3.320.632
SUBTOTAL R PROPIOS	90,1%	36.670.132	13.887.859	38%	10.567.228	76%	3.320.632
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA	9,9%	4.035.323	1.824.853	100%	1.824.853	100%	-

Del total de los ingresos apropiados un **6.9%** corresponde a la disponibilidad inicial un **93.1%** a ingresos corrientes y un **0.003%** a recursos de capital por rendimientos financieros.

Del total de la disponibilidad inicial **\$2.548.545** millones corresponden a recursos propios y **\$272.683** millones a recursos de destinación específica para inversión en proyecto del hospital de Cravo norte.

Los ingresos corrientes de la ESE Moreno y Clavijo están representados por las ventas de servicios directas a las diferentes EPS, cuentas por cobrar o recuperación de cartera y aportes de la nación y/o el departamento

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 49 de 224

Los recursos de capital están asociados generalmente a los rendimientos generados en el ejercicio fiscal y recuperaciones.

La distribución por recurso muestra una participación del **90.1%** para los ingresos propios y un **9.9%** para los ingresos de destinación específica.

EJECUCION DE INGRESOS

El balance de ejecución presupuestal del reconocimiento presenta un acumulado total del **39%** con un recaudo efectivo del **79%**.


En lo que respecta a la ejecución por tipo de recurso los ingresos propios alcanzan una ejecución del **38%**, con un recaudo efectivo del **76%** y los recursos de destinación específica un **\$100%** con un recaudo efectivo del **100%**.

VARIACION ANUAL DE LOS INGRESOS

El Recaudo de los ingresos presenta una variación positiva del **10%** respecto de la vigencia 2023, esta variación está relacionada especialmente con la venta de servicios, se muestra una reducción en recuperación de cartera del 51%, y una disminución del 33% de la disponibilidad inicial.

INGRESOS PROPIOS	2022	2023	VAR
Disonibilidad Inicial	4.221.278	2.821.229	-33%
Ventas de Servicio	5.670.453	7.335.382	29%
Recuperacion de Cartera	1.398.745	681.805	-51%
Transferencias corrientes	-	1.552.170	
Rendimientos financieros	984	1.495	
Transferencias de capital	-	-	
Recuperaciones	912	-	-100%
Totales	11.292.372	12.392.081	10%

El recaudo de los ingresos aumento respecto de la vigencia anterior, este aumento estuvo asociado especialmente a la venta de servicios de salud y las trasferencias corrientes.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 50 de 224

EJECUCION DE GASTOS

El balance presupuestal del I trimestre del año 2023, presenta una apropiación inicial de **\$37.583.006.535,00**, con unas Adiciones totales de **\$ 3.122.448.191**, unos traslados de **\$2.436.066.340**, para un presupuesto definitivo de **\$40.705.454.726**.

Cuadro 2 Modificaciones y traslados al presupuesto Gasto

APROPIACION INICIAL	ADICIONES	REDUCCIONES	CREDITOS	DEBITOS	DEFINITIVO
37.583.006.535	3.122.448.191	0	2.436.066.340	2.436.066.340	40.705.454.726


Las adiciones por Disponibilidad Inicial de la vigencia 2023 cubren el 100% las cuentas por pagar de vigencias anteriores, así como gastos de funcionamiento y gastos de operación de la vigencia corriente.

El presupuesto de gastos al igual que el ingreso, presenta una apropiación definitiva de **\$40.705.454.726**, con una participación del **87%** para gastos de funcionamiento, un **8%** para gastos de operación y producción, un **4%** para gastos de inversión y un **0.2%** para servicio a la deuda pública.

BALANCE DE GASTOS

Cuadro 6 Balance Ejecucion de gastos

CONCEPTO		P	APROPIADO	COMPROM	% EJE	PAGOS	% EJE	CXP
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1	87%	35.400.825	14.230.514	40%	6.942.104	49%	7.288.410
..GASTOS DE PERSONAL		13%	5.262.553	1.122.958	21%	810.400	72%	312.558
..GASTOS DE PERSONAL CXP		0%	-	-	0%	-	0%	0
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS		70%	28.642.301	12.588.892	44%	5.877.308	47%	6.711.585
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP		1%	496.079	496.079	100%	231.811	47%	264.267
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES		2%	900.000	-	0%	-	0%	0
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP		0%	-	-	0%	-	0%	0
..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION		8%	3.364.171	2.479.831	74%	1.758.702	71%	721.128
..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP		0%	53.589	53.589	100%	34.575	65%	19.014
..GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES		0%	99.892	22.585	23%	22.585	100%	0
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	2	0,2%	62.016	62.016	100%	20.672	33%	41.344
GASTOS DE INVERSION	3	4%	1.824.853	272.683	15%	-	0%	272.683
..Adquisicion de Bienes y Servicios		4%	1.552.170	-	-	-	-	-
..Adquisicion de Bienes y Servicios CXP		1%	272.683	272.683	100%	-	0%	272.683
TOTALES		100%	40.705.455	17.098.634	42%	8.756.054	51%	8.342.580
SUBTOTAL R PROPIOS		90%	36.670.132	15.273.780	42%	6.931.200	45%	8.069.897
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA		10%	4.035.323	1.824.853	45%	1.824.853	100%	272.683

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 51 de 224

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

En los gastos de funcionamiento, se encuentran los gastos de personal, los cuales concentran la mayor participación debido a que sobre estos recae más del 65% del objeto social de la empresa.

Así mismo dentro de los gastos de funcionamientos para la vigencia 2023, están relacionados la adquisición de bienes y servicios, transferencias corrientes, gastos de comercialización y producción y gastos por tributos, multas y sanciones, estos rubros obedecen a la adquisición de bienes y servicios directos para la prestación del servicio (insumos médicos, alimentación a pacientes y compra de servicios para la prestación incluida la adquisición de bienes y servicios para la ejecución de convenios interadministrativos suscritos con las entidades territoriales para las actividades de salud pública).

El balance de gastos tal como se refleja en el cuadro 6, arroja una ejecución total del **42%**, respecto de la apropiación definitiva, a su vez los compromisos reflejan una ejecución en pagos del **51%**.

Los gastos de funcionamiento presentan una ejecución del **40%** con una ejecución en pagos del **49%**.


Los gastos de inversión CXP presentan una ejecución del **15%** con una ejecución en pagos del **0%**.

El balance final arroja unas cuentas por pagar totales por valor de **\$ 8.432.580** millones, de los cuales, un 96% corresponden a recursos propios y un 4% a destinación específica tal como se detalla a continuación.

CUENTAS POR PAGAR

Cuadro 7 Detalle de las Cuentas por pagar

CONCEPTO CXP	Total CXP	Fuente de Financiación	
		Propios	D Especifica
FUNCIONAMIENTO	8.028.552	8.028.552	-
... GASTO DE PERSONAL	312.558	312.558	
... ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	6.711.585	6.711.585	
... ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP	264.267	264.267	
... TRANSFERENCIAS CORRIENTES	-	-	
... TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP	-	-	
... GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	721.128	721.128	
... GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP	19.014	19.014	
... GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	-	-	
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	41.344	-	41.344
INVERSION CXP	272.683		272.683
Totales	8.342.580	8.028.552	314.028

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 52 de 224

VARIACION ANUAL DE LOS GASTOS

Cuadro 8 Variacion Gastos comprometidos Val en miles

Gastos	2022	2023	VAR
Gastos de Funcionamiento	8.107.246	14.207.928	-43%
Gastos de Operación	1.419.519	2.533.420	-44%
Gastos por tributos, multas, sa	16.397	22.585	
Gastos de Inversion	-	272.683	-100%
Servicio de la Deuda Publica	82.688	62.016	100%
Totales	9.625.850	17.098.634	-44%

La ejecución de los gastos comprometidos con corte al I trimestre comparados con el año anterior, presentan un aumento del 44%, este aumento está relacionado directamente con los gastos funcionamiento, gastos de operación, generado ello por la compromiso que amplan un periodo más amplio de la vigencia y en algunos casos abarca hasta el final de la vigencia.


EVALUACION DE INDICADORES DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL

EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO

El resultado arrojado en el ejercicio del I trimestre 2023, muestra que los ingresos están por debajo de los gastos, esto se debe a que, durante este periodo, se el nivel de los compromisos en cuanto a tiempo es más amplio, al paso del tiempo este ira disminuyendo de manera proporcional.

Cuadro 7 Equilibrio presupuestal con reconocimiento

Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento	Valores	Resultado	Equilibrio
Total Reconocimientos (ingreso)	15.712.713	-1.385.921	0,92
Total Compromisos (gastos)	17.098.634		

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 53 de 224

EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este indicador muestra un déficit fiscal, pues los ingresos por concepto de recaudo no cubren los gastos comprometidos en el primer trimestre, debido a que se tienen gastos de funcionamiento y de operación, que cubren gastos hasta el mes de junio en algunos casos y otros van hasta finalizar la vigencia, por lo que para este trimestre los gastos superaron los ingresos.

Cuadro 8 Equilibrio presupuestal con recaudo

Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor	Resultado	Equilibrio
Total Recaudos (ingreso)	12.392.081		
Total Compromisos (gastos)	17.098.634	-4.706.553	0,72

CONCLUSIONES

Para el I trimestre del año 2023 se presenta un incremento de los gastos de funcionamiento y gastos de operación, que a nivel de periodo se presenta un déficit fiscal en cuanto a los indicadores de Recaudo frente al compromiso total del periodo objeto de evaluación, esto debido a lo explicado anteriormente, sin embargo hay que seguir fortaleciendo la gestión de cobro, el aumento en venta de servicios a nivel de evento y se recomienda realizar austeridad del gasto en los próximos trimestres.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 54 de 224

2.6 INFORME DE GESTION SUBPROCESO CONTABLE

A continuación, se muestra la composición a nivel clase, grupo y cuenta del activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos y costos a marzo de 2023, así como un análisis comparativo en cifras de pesos.


1.1 ACTIVO

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

GRAFICO No. 1.

COMPOSICION DEL ACTIVO



 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 55 de 224

Según el Grafico No. 1, las cuentas más representativas del activo son la cuenta 16 Propiedades Planta y Equipo con un 48.5% y la cuenta 13 Cuentas por Cobrar con un 28.1%.

CUADRO N° 1 ANALISIS HORIZONTAL DEL ACTIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 31/03/2022	SALDO 31/03/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
1	ACTIVO	55,565,544,570.17	66,406,692,900.83	10,841,148,330.66	19.51%
11	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	5,752,262,007.76	3,801,170,580.52	- 1,951,091,427.24	-33.92%
13	CUENTAS POR COBRAR	14,294,371,055.16	18,634,025,960.49	4,339,654,905.33	30.36%
15	INVENTARIOS	4,843,878,482.44	8,902,468,724.44	4,058,590,242.00	83.79%
16	PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPO	28,001,351,318.39	32,227,094,064.86	4,225,742,746.47	15.09%
19	OTROS ACTIVOS	2,673,681,706.42	2,841,933,570.52	168,251,864.10	6.29%

Según el gráfico No.1 y el cuadro N. 1, existe una variación absoluta positiva del total ACTIVOS en \$ 10.841.148.330,66 y una variación relativa del 19.51%.

Se observa en el Cuadro No. 1 que las variaciones más representativas están en el grupo **CUENTAS POR COBRAR** con 30.36%, resultado de mayor radicación de la facturación en los diferentes Hospitales adscritos a la ESE.

1.2 PASIVO

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

GRAFICO No 2



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 56 de 224

Según el Grafico No. 2 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 27 correspondiente a Provisiones con 43% y Cuentas por pagar a 38.5 %.

GRAFICO No. 3

COMPARATIVO DEL PASIVO



El Grafico No. 3 muestra una disminución de pasivos entre los periodos comparados, equivalente a \$ - 983.822.368.

CUADRO N° 2 ANALISIS HORIZONTAL DEL PASIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 31/03/2022	SALDO 31/03/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
2	PASIVOS	5,832,665,706.33	4,848,843,338.03	- 983,822,368.30	-16.87%
23	PRESTAMOS POR PAGAR	132,773,165.00	45,889,985.00	- 86,883,180.00	-65.44%
24	CUENTAS POR PAGAR	1,925,885,402.32	1,849,869,194.42	- 76,016,207.90	-3.95%
25	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	755,757,396.73	675,391,083.33	- 80,366,313.40	-10.63%
27	PROVISIONES	2,065,744,635.00	2,065,744,635.00	-	0.00%
29	OTROS PASIVOS	952,505,107.28	211,948,440.28	- 740,556,667.00	-77.75%

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

PATRIMONIO

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

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



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 58 de 224

INGRESOS

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



GRAFICO No. 4

CUADRO N° 4 ANALISIS HORIZONTAL DEL INGRESO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 31/03/2022	SALDO 31/03/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
4	INGRESOS	7,888,403,882.68	9,636,506,224.75	1,748,102,342.07	22.16%
43	VENTA DE SERVICIOS	7,886,503,848.00	9,633,533,041.30	1,747,029,193.30	22.15%
44	TRANSFERENCIAS	-	-	-	0.00%
48	OTROS INGRESOS	1,900,034.68	2,973,183.45	1,073,148.77	56.48%

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 59 de 224

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

1.5 GASTOS Y COSTOS

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

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

GRAFICO No. 5



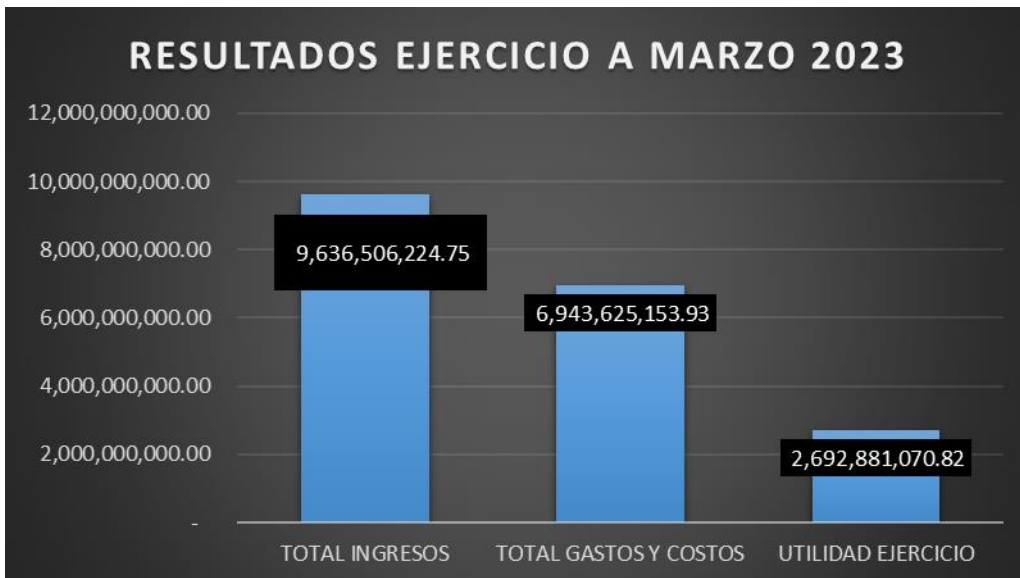
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 60 de 224

CUADRO N° 5 ANALISIS HORIZONTAL DEL COSTO Y GASTO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/09/2021	SALDO 30/09/2022	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
5	GASTOS	2,984,144,986.71	3,428,690,508.93	444,545,522.22	14.90%
51	ADMINISTRACION N	2,978,378,746.71	3,426,985,136.93	448,606,390.22	15.06%
58	OTROS GASTOS	5,766,240.00	1,705,372.00	- 4,060,868.00	-70.42%
6	COSTOS DE VENTAS	3,457,848,959.00	3,514,934,645.00	57,085,686.00	1.65%
63	COSTOS DE VENTAS DE SERVICIOS	3,457,848,959.00	3,514,934,645.00	289,943,423,260.04	1.65%

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

1.6 RESULTADOS DE ACTIVIDAD FINANCIERA DEL 31/03/2022 AL 31/03/2023

GRAFICO No. 6
(Cifras en miles \$)





LIQUIDEZ	Fórmula	Cálculo	
Capital neto de trabajo (en miles de pesos)	ACTIVO CTE - PASIVO CTE	30,035,098,426	En la medida en que los pasivos corrientes sean menores a los activos corrientes la salud financiera de la empresa para hacer frente a las obligaciones al corto plazo es mayor.
Índice de solvencia	ACTIVO CTE / PASIVO CTE	12.50	Entre más alto (mayor a 1) sea el resultado, más solvente es la empresa, tiene mayor capacidad de hacer frente a sus obligaciones o mejorar su capacidad operativa si fuere necesario.
Prueba ácida	(ACTIVO CORRIENTE - INVENTARIOS) / PASIVO CORRIENTE	9.09	Es un índice de solvencia más exigente en la medida en que se excluyen los inventarios del activo corriente. (Activo corriente - Inventarios)/pasivo corriente.
ENDEUDAMIENTO			
Razón de endeudamiento	PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	7.30%	Mide la proporción de los activos que están financiados por terceros.
RENTABILIDAD			
Margen bruto de utilidad	(VENTAS - COSTOS VENTAS) / VENTAS	63.52%	Este índice permite conocer la rentabilidad de las ventas frente al costo de ventas y la capacidad de la empresa para cubrir los gastos operativos y generar utilidades
RENTABILIDAD SOBRE PATRIMONIO			
Margen bruto de utilidad	(UTILIDAD NETA / PATRIMONIO)*100	0.05	Este índice permite conocer la rentabilidad de las ventas frente al costo de ventas y la capacidad de la empresa para cubrir los gastos operativos y generar utilidades
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS			
Margen bruto de utilidad	(UTILIDAD NETA / ACTIVO TOTAL)*100	4.06	Este índice permite conocer la rentabilidad de las ventas frente al costo de ventas y la capacidad de la empresa para cubrir los gastos operativos y generar utilidades

Nota: las cifras reportadas en el presente informe de gestión están sujetas a cambio por cuanto los estados financieros no están en firme hasta tanto no sean emitidos y dictaminados y se encuentren certificados los cargues a los entes de vigilancia y control

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 62 de 224

2.7 SUBPROCESO DE TESORERIA

INTRODUCCION


En el Informe que se presenta a continuación, se da a conocer los movimientos de la Tesorería de la entidad, realizados durante el primer Trimestre de la vigencia 2023, con base en las labores realizadas en la dependencia en el aspecto del manejo del registro de los ingresos de los recursos de las ventas de servicios de salud y el giro de los mismos para el pago de los diferentes gastos administrativos y de operación que se ejecutaron durante este periodo, bajo los principios de honestidad, responsabilidad y compromiso.

OBJETIVOS

- Presentar el uso dado a los fondos recibidos y los desembolsos de las cuentas bancarias administrativas.
- Brindar el mejor servicio y atención al cliente interno y externo, disponiendo de información confiable y actualizada, que se ajuste a los planes, programas y proyectos que la entidad se ha propuesto, de acuerdo con las normas que le son aplicables.
- Garantizar el registro adecuado, en los libros de las operaciones que diariamente se realizan, con el fin de llevar un control de todos los ingresos y egresos.

- **INGRESOS:**


Los recursos ingresados a la entidad en el Primer trimestre de la presente vigencia, corresponden a la venta de salud a crédito y descontado lo cual ascendió a un valor de \$ 8.157.208.977,95 los cuales están registrados en 387 Recibos de Caja.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 63 de 224

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS:

DETALLE	VALOR
REGIMEN SUBSIDIADO	7,299,113,972.00
VENTA DE SERVICIOS A PARTICULARES	28,822,719.00
OTRAS VENTAS INTERNACIONALES	882,500.00
RECLAMACIONES CON CARGO SGSSS	525,465.00
REGIMEN CONTRIBUTIVO	16,276,662.94
ENTIDADES REGIMEN ESPECIAL	853,045.00
RIESGOS Y SOAT	90,655,621.00
SALUD PUBLICA MUNICIPIOS	242,670,862.00
ANTICIPOS C.I ALCALDIAS	40,000,000.00
RENDIMIENTOS FINANCIEROS RSOS PROPIOS	1,541,081.45
RENDIMIENTOS FINANCIEROS OTROS	181,132.56
CONSIGNACIONES POR CLASIFICAR	366,104,896.00
OTROS DEUDORES	1,300,390.00
I.P.S PRIVADAS - EVENTOS	68,280,631.00
TOTAL INGRESOS	8,157,208,977.95

Los ingresos que se evidencian por clasificar, se deben a que no se logra determinar dentro del mes quien los consigna.; esta situación se presenta con las consignaciones que le realizan a la entidad a través de fiducias o el consorcio, tan pronto se logra identificar la oficina de cartera informa a contabilidad y está los reclasifica en la respectiva cuenta contable.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 64 de 224


De igual manera mensualmente se realiza Acta de Conciliación de Ingresos con el área de Cartera.

Con el Área de Contabilidad se realizó de manera mensual el saldo de cada una de las cuentas bancarias.

- **EGRESOS:**

Durante el periodo de enero a marzo de 2023, se registraron 1.634 egresos correspondientes a obligaciones de la entidad con clientes internos y externos por un valor de \$ **8.937.615.402,33**. Por los siguientes conceptos:

DETALLE	VALOR
PROVEDOR DE BIENES	2,890,215,735.80
PROVEDOR DE SERVICIOS	785,364,392.60
HONORARIOS	1,531,599,578.00
SERVICIOS TECNICOS	665,032,283.00
NOMINA	1,171,446,753.32
PRIMA DE VACACIONES	14,863,000.00
PRIMA DE SERVICIOS	15,478,814.61
PRIMA DE NAVIDAD	2,724,000.00
BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	12,582,000.00
INDEMNIZACION VACACIONES	3,113,000.00
CESANTIAS	449,091,010.00
INTERESES A LAS CESANTIAS	47,074,500.00
PARAFISCALES	106,152,700.00
APORTE FONDOS PENSIONALES	187,235,800.00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 65 de 224


FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL	1,759,400.00
APORTE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	147,353,000.00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES	32,226,400.00
LIBRANZAS	27,333,833.00
VIATICOS	23,983,887.00
CUOTAS DE FISCALIZACION	22,585,288.00
PAGO PREDIAL UNIFICADO	10,174,378.00
DEVOLUCION RENDIMIENTOS FROS ENTIDADES NACIONALES	19,003.00
BONIFICACION POR RECREACION	2,044,000.00
IMPUESTOS	222,291,000.00
SERVICIOS PUBLICOS	538,160,249.00
REINTEGRO Y DEVOLUCION A FAVOR DE TERCEROS	184,096.00
CUOTA IDEAR	20,672,001.00
DESCUENTO SINDICAL	6,855,300.00
TOTAL EGRESOS	8,937,615,402.33

El indicador del área de Tesorería es N° de pagos realizados/ N° de pagos programados

1634 corresponden a pagos realizados

1635 corresponde a pagos programados

El Indicador se cumplió en un 99.93%, lo anterior considerando que del total de las cuentas por pagar faltó una de ellas considerando que hicieron llegar la certificación bancaria para realizar el respectivo pago.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 66 de 224

Es importante resaltar la prioridad que la administración le da a los pagos personal tanto de Nomina como de Contrato de Prestación de Servicios. Durante el primer trimestre la administración realizó los pagos de los meses de enero y febrero de 2022 y el mes de marzo se iniciaron los pagos a partir del día 03 de abril.

De igual manera la administración se ha esforzado por dar total cumplimiento al acuerdo de pago efectuado con la Empresa de energía de Arauca – Enelar, reduciendo de manera significativa la deuda que viene de vigencias anteriores.

A cada una de las Cuentas bancarias con las que cuenta la entidad se le realizó las respectivas conciliaciones bancarias de manera mensual con los respectivos ajustes realizados a través de Notas Bancaria.


2.8 GESTIÓN SUBPROCES TALENTO_HUMANO

INTRODUCCIÓN

Los planes estratégicos del talento humano tienen carácter indicativo y se desarrollan en lo relacionado con el ciclo de vida del servidor público, desde las políticas de gestión y desempeño del modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

El proceso de gestión del talento humano de la ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo a través de los planes institucionales definen las líneas de acción que orientan las acciones y/o estrategias de la gestión del talento humano desde el fortalecimiento de los procesos de ingreso, permanencia y retiro para apalancar el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad.

Este documento se constituye en una herramienta de organización y estructuración de las actividades de la Gestión del Talento Humano, orientándola hacia la gestión estratégica exitosa y efectiva, la mejora continua y el cierre de brechas en las necesidades identificadas en los diferentes diagnósticos y en el análisis de las características de la población objetivo.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 67 de 224


“Una Política de gestión del Talento humano que sea planificada será un activo crucial para el aumento de la efectividad y la productividad de las entidades públicas”. (DAFP, 2018).

OBJETIVO GENERAL

Alinear todos los componentes que integran la gestión del Talento Humano con los objetivos institucionales mediante acciones de mejoramiento continuo en el desarrollo, el reconocimiento, el bienestar y la motivación de los servidores del Ministerio de Educación Nacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer las habilidades y competencias, a través de actividades de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción, acordes con las necesidades identificadas en los diagnósticos realizados.
- Propiciar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los servidores públicos de la entidad y su desempeño laboral, generando espacios de conocimiento, esparcimiento e integración, a través de estrategias que fomenten el desarrollo integral y atendiendo las necesidades de los servidores y el modelo de cultura organizacional.
- Proveer de manera oportuna las vacantes, para atender las funciones misionales y de apoyo de la ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo.
- Fortalecer la transformación de la cultura organizacional para apoyar la estrategia y fortalecer las relaciones de servicio basadas en el liderazgo, la transparencia y la comunicación.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 70 de 224

- Las inducciones realizadas durante el primer trimestre del año en curso, están alrededor de 70 personas promedio, esto debido a los ingresos por renuncia del personal, cubrimiento del plan de vacaciones y personal del servicio social obligatorio.
- Durante el mes de marzo del año en curso se realizaron Re inducciones al personal en toda la red hospitalaria:

Centro de salud Juan de Jesús Coronel
 Centro de salud Panamá
 Hospital San Lorenzo de Arauquita
 Hospital San Ricardo Pampuri
 Hospital San Francisco de Fortul
 Hospital San Antonio de Tame
 Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón
 Hospital San José de Cravo Norte
 Sede Central

Durante las capacitaciones de reinducción se fortalecieron las competencias de conocimiento (saber) habilidad (Hacer) y Actitud (Ser). Y se diseñaron de acuerdo a los lineamientos de la entidad en el cual se establecieron necesidades de capacitación existentes:

- 9 capacitaciones de reinducción internas, las cuales se adelantaron con conocimiento existente en la entidad.

CÓDIGO DE INTEGRIDAD

Se llevó a cabo una estrategia de sensibilización a través de los valores por medio de capacitaciones realizadas en toda la red hospitalaria:

Centro de salud Juan de Jesús Coronel
 Centro de salud Panamá
 Hospital San Lorenzo de Arauquita
 Hospital San Ricardo Pampuri

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 71 de 224

Hospital San Francisco de Fortul
Hospital San Antonio de Tame
Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón
Hospital San José de Cravo Norte
Sede Central

Durante el próximo trimestre se llevará a cabo un proceso de actualización del plan de implementación del código de integridad 2023.

GESTIÓN DEL RETIRO

Con el fin de dar cumplimiento al último ciclo de vida del servidor público “retiro” la entidad realiza una adecuada gestión del retiro desde la gestión del talento humano.

Para la gestión del retiro es importante que el servidor se realice la evaluación médica de egreso la cual tiene como finalidad revisar la condición de salud del trabajador cuando se termina la relación laboral con una empresa, en este caso la ESE Moreno y Clavijo.


Exámenes de egreso durante el primer trimestre del 2023:

- Enero: 1
 - Febrero: 4
 - Marzo:6
- Total: 11 exámenes de egreso PERSONAL DE PLANTA.

Con el proveedor LASAR ASOCIADOS IPS S.A.S, se evidencian los exámenes de egresos, los cuales son archivados por el profesional de seguridad y salud en el trabajo y así mismo es enviado al funcionario mediante correo electrónico.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- De acuerdo a los diferentes requerimientos del personal de planta, se realizará la identificación o diagnóstico de necesidades de capacitación.
- Que la expedición de las certificaciones laborales y solicitudes sea más rápida.
- Seguir trabajando en la gestión del talento humano con el apoyo de los procesos, asesores, subgerentes y gerente.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 72 de 224

2.9 INFORME DE GESTIÓN DEL SUBPROCESO DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INTRODUCCIÓN

La Seguridad y Salud en el Trabajo, busca mejorar las condiciones de trabajo y de salud de la población trabajadora mediante acciones coordinadas de promoción de la salud y prevención y control de riesgos, de manera que promuevan el bienestar del grupo y la productividad de la Organización. De igual forma, permite incrementar la salud física, mental y social del trabajador; promoviendo y desarrollando la capacidad del colaborador, así como su desarrollo profesional y social.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

- Reducir la incidencia de los accidentes y enfermedades laborales presentados en los Hospitales, Centros de Salud y Sede Administrativa adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.
- Realizar inducciones y capacitaciones del área de Seguridad y Salud en el Trabajo, en cuanto a accidentes y enfermedades laborales y su prevención, afiliaciones, clases de riesgos y el protocolo de atención de los accidentes laborales, al personal que ingresa a laborar a la ESE Moreno y Clavijo.
- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles, para proteger la Seguridad y Salud de todos los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST. Cumpliendo la normativa nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.

DESARROLLO DEL INFORME:

El informe de gestión del subproceso de la Seguridad y Salud en el Trabajo, permite conocer el índice de accidentalidad laboral ocurrido en el primer trimestre del año 2023. Igualmente abarca el riesgo más relevante y el personal que más se accidenta en la Red Hospitalaria

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 73 de 224


adscrita a la ESE Moreno y Clavijo, así como las actividades que se desarrollan con el fin de dar cumplimiento a la Implementación y Ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. se especifican los accidentes laborales ocurridos al personal asistencial y administrativo de la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo y la ejecución de las actividades del Plan de Trabajo anual del SG-SST.

Actividades a desarrollar

se especifican los accidentes laborales ocurridos al personal asistencial y administrativo de la red hospitalaria de la **ESE Moreno y Clavijo** y la ejecución de las actividades del Plan de Trabajo anual del SG-SST.

TIPO DE CONTRATACION	
<i>TERMINO FIJO</i>	286
<i>OPS</i>	450
<i>TOTAL, TRABAJADORES</i>	736



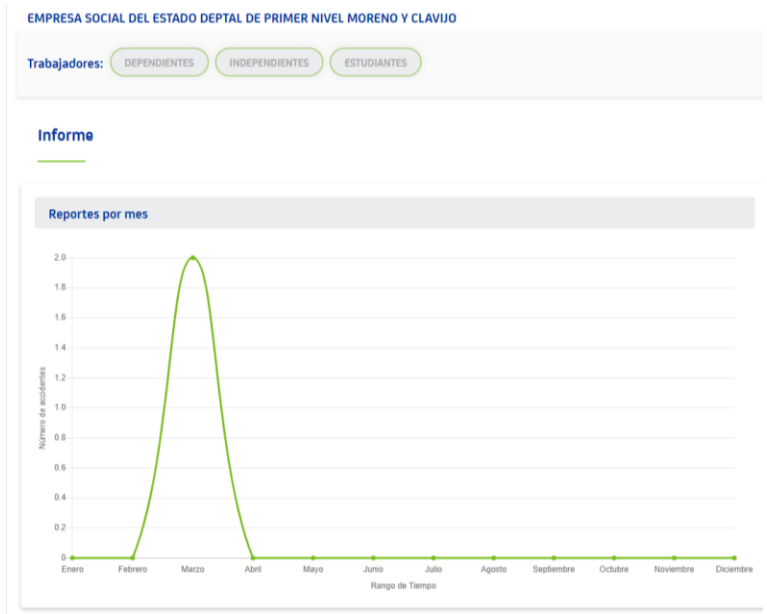
 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 74 de 224

**ACCIDENTALIDAD POR CENTRO DE TRABAJO
PRIMER TRIMESTRE 2023**

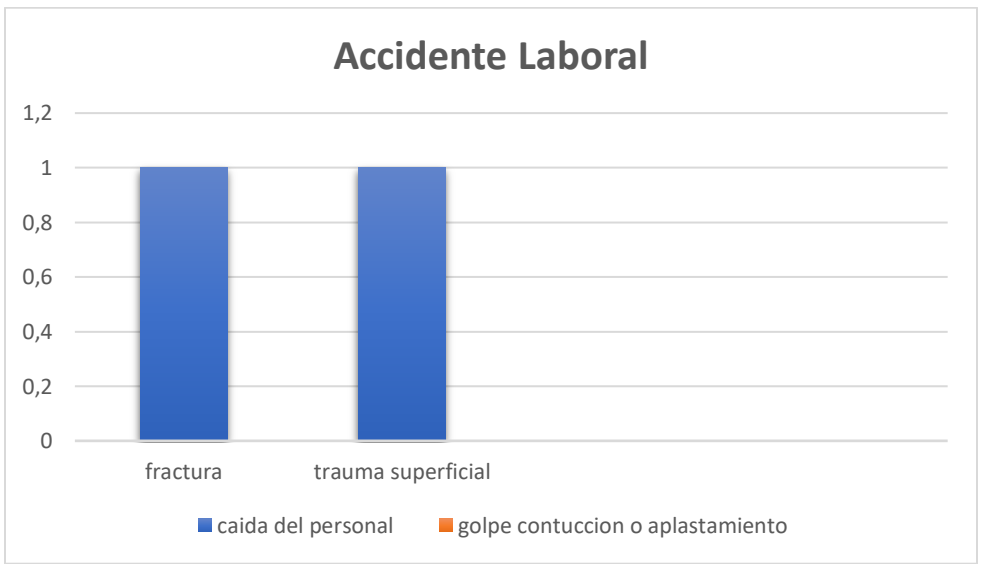
SEDE	N° AT 2023
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL PUERTO JORDAN	0
CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	1
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	0
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	1
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	0
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI LA ESMERALDA	0
SEDE ADMINISTRATIVA	0
TOTAL A.T.	2


Los siguientes son los Accidentes Laborales detallados que se han generado en el primer trimestre de 2023 en la Red de Hospitales, Centros de Salud y Sede Administrativa adscritos a la ESE Moreno y Clavijo:

FECHA A.T.	SEDE	TIPO LESION	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	AGENTE	MECANISMO	CARGO
16/03/2023	HSLA	FRACTURA	PIES	HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS	CAIDA DEL PERSONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA
19/03/2023	HSAT	TRAUMA SUPERFICIAL	MANOS	GOLPE, CONTUCCION O APLASTAMIENTO	MAQUINAS Y/O EQUIPOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA

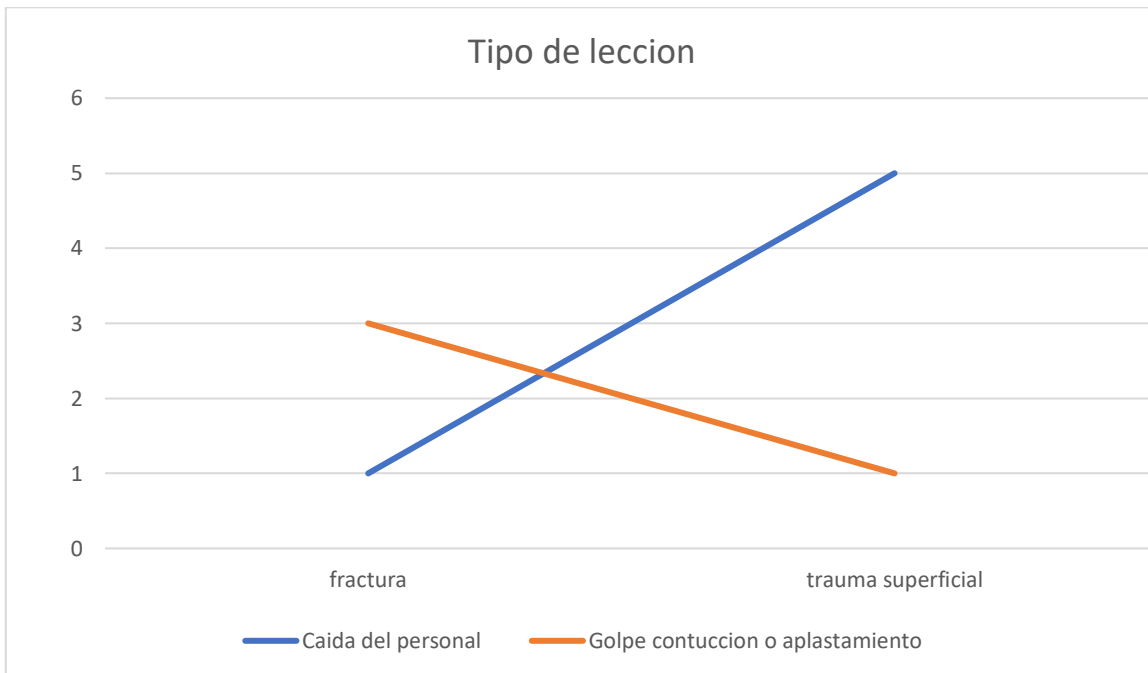


Del total de personal accidentado en el periodo reportado el 0,19% de la tasa de accidentalidad es del Personal vinculado mediante Contrato termino fijo. porcentaje de profesionales fueron los Auxilios de Enfermería.



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 76 de 224

El agente que causo la mayor cantidad de accidentes para este periodo fue causado en condiciones inseguras en los ambientes de trabajo generando caída del personal y golpes con máquinas y equipos.



El tipo de lesión que se presentó con mayor porcentaje de lección fue la fractura en una calificación en una escala de 0 a 6 se valora en un puntaje de 5 debido a la gravedad y al tiempo de incapacidad temporal que le impide laborar en un tiempo determinado.

El tipo de lesión que se presentó con menor porcentaje fue el de trauma superficial ya que se le da una valoración de 3 debido a que no ocasiono gran gravedad y el tiempo de incapacidad es menor.

De acuerdo a la información recolectada de los reportes de accidente laboral y al análisis del mismo, se puede observar que los accidentes que involucran al personal de enfermería son las condiciones inseguras en sus ambientes de trabajo.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 77 de 224

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL PRIMER TRIMESTRE DE 2023

Tasa de Accidentalidad mensual para el trimestre:

Para el primer trimestre de 2023 se muestra el número de accidentes presentados en el periodo evaluado con relación al total de trabajadores del mismo periodo:

$$Tasa\ de\ accidentalidad = \frac{Numero\ de\ accidentes\ laborales}{Numero\ promedio\ de\ trabajadores} \times 100$$

- Enero: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentaron 0.0 accidentes en el mes

$$T.A = \frac{0}{736} \times 100 = 0. \%$$

- Febrero: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentó 0 accidente en el mes

$$T.A = \frac{0}{736} \times 100 = 0\%$$

- Marzo: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentaron 0.2 accidentes en el mes

$$T.A = \frac{2}{736} \times 100 = 0.2\%$$

Se observa un aumento en la cantidad de accidentes laborales presentados para el mes de marzo sin embargo de acuerdo a la meta establecida para el indicador no se ha sobrepasado el 0.2% en la tasa de accidentalidad.

1. Índice de Frecuencia de Accidentes Laborales para el trimestre:

Para el primer trimestre de 2023 se muestra el índice de frecuencia de accidentes laborales, analizado por cada 100 funcionarios con los que cuenta la ESE y el número de accidentes reportados para el periodo, se toma en consideración el número promedio de funcionarios y las horas hombre trabajadas para el periodo y la constante K que corresponde a 240000:

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 78 de 224

$$IFAT = \frac{\text{Numero total de accidentes laborales en el trimestre}}{\text{Numero de Horas Hombre trabajadas en el trimestre}} \times K$$

$$IFAT = \frac{2}{529920} \times 240000 = 0.8\%$$

De acuerdo al resultado obtenido, se puede indicar que de cada 100 trabajadores en la ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO, se presentan 0.8% Accidentes Laborales en el trimestre.

2. Porcentaje de inspecciones realizadas para el trimestre

Para el primer trimestre de 2023 se muestra el porcentaje de inspecciones programadas y realizadas a las diferentes sedes de la ESE Moreno y Clavijo.

$$\% \text{ Inspecciones realizadas} = \frac{\text{Número de inspecciones realizadas}}{\text{Número de inspecciones planeadas}} \times 100$$

$$\% \text{ Inspecciones realizadas} = \frac{2}{2}$$


Para este trimestre en el plan de trabajo se realizan los reportes a la aseguradora de riesgos laborales SURA y se contemplan las visitas de inspección y seguimiento generando ambientes seguros de trabajo.

3. Investigación de accidentes e incidentes laborales para el trimestre

Para el primer trimestre de 2023 se muestra el número y porcentaje de investigaciones de accidentes e incidentes laborales que se realizaron en las diferentes sedes de la ESE, de acuerdo al número de accidentes / incidentes reportados.

$$IAIL = \frac{\text{Numero de accidentes – incidentes investigados}}{\text{Numero de accidentes – incidentes presentados}}$$

$$IAIL = \frac{2}{2} = 100\%$$

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 79 de 224

Ejecución del plan de trabajo en Seguridad y Salud en el Trabajo para el trimestre
Para el primer trimestre se muestra el porcentaje de cumplimiento del Plan de Trabajo propuesto para la vigencia 2023 en la ESE Moreno y Clavijo.

$$PT = \frac{\text{Numero de actividades desarrolladas en el periodo del Plan de Trabajo}}{\text{Numero de actividades propuestas en el periodo del Plan de Trabajo}} \times 100$$

$$PT = \frac{7}{11} \times 100 = 63.6\%$$

De las 11 actividades programadas para el primer trimestre están pendientes 4 actividades por cumplir, la cual estas programadas para ejecutar cada trimestre, obteniendo un 100%, lo cual no permite el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad manteniendo el 88% en la calificación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la empresa.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Durante el primer trimestre de 2023 se desarrollaron las siguientes actividades en el área de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SST).

- Se llevo a cabo afiliación de la empresa en el traspaso de aseguradora de riesgos laborales ARL SURA,
- Se realizo las novedades de retiro de los funcionarios de la plataforma de la ARL POSITIVA
- Se realiza el ingreso de afiliación del personal termino fijo y ops en la plataforma de ARL SURA.
- Se llevo a cabo la afiliación de los funcionarios del servicio social obligatorio en la plataforma de la aseguradora de riesgos laborales SURA
- Se realizaron los retiros en la plataforma de la ARL POSITIVA del personal del servicio Social Obligatorio que culminaron su año rural
- Se continúa con el proceso de implementación y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con la revisión de la documentación actual.
- Se realizan las investigaciones de los accidentes laborales que se presentaron durante el primer trimestre de 2023.
- Se realiza inspección y acompañamiento a actividades de Asesoría en protección radiológica, realizada por proveedor de servicios adscrito a SURA.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 80 de 224

- Se elabora el Plan de Trabajo del Subproceso Seguridad y Salud en el Trabajo, correspondiente a la vigencia, siendo aprobado por Resolución 305 del 2022 e inicio de ejecución el 01 de enero 2023.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las falencias que se presentan en cuanto a Riesgos Laborales en cada una de las sedes de la ESE Moreno y Clavijo y con el fin de fortalecer el Sistema de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) se recomienda:

- Comprometer a jefes o líderes de áreas para que promuevan el cumplimiento de normas de Bioseguridad, uso obligatorio de los elementos de protección personal EPP, utilizar adecuadamente el botiquín de primeros auxilios y realicen talleres de sensibilización que permiten fortalecer la cultura de prevención y auto cuidado por parte de los funcionarios.
- Encargar formalmente un funcionario de cada Hospital y Centro de salud para que se realicen las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, pausas activas y demás funciones correspondientes a esta área.
- Dotaciones continuas y eficientes de elementos de protección personal para los funcionarios asistenciales de todas las sedes de la ESE Moreno y Clavijo.
- Realizar convenios con Instituciones educativas, SENA, Universidades, etc. Para que los estudiantes de Seguridad y Salud en el Trabajo realicen las prácticas en los hospitales y sedes de la ESE Moreno y Clavijo como apoyo a los funcionarios que coordinan esta área.

2.10 INFORME DE GESTIÓN DEL SUB PROCESO DE GESTION AMBIENTAL

Desde el proceso de gestión ambiental de la ESE Moreno y Clavijo se busca la creación de una cultura ambiental en cada uno de sus funcionarios con el fin de generar una

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 81 de 224

responsabilidad en ellos, principalmente en las actividades de manejo de residuos y uso eficiente del agua y la energía.

La red hospitalaria adscrita a la E.S.E Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo genera residuos de características peligrosas que son producto del desarrollo de las actividades de prestación de servicios en el área de la salud, dichos residuos generan cierto riesgo para la salud pública y el medio ambiente. Es por ello, que la E.S.E Moreno y Clavijo, cuenta con el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS) – Componente Interno, con el fin de lograr un manejo integral de los residuos en toda su red, asegurando la minimización de los impactos que pueden generar las diversas clases de residuos sobre la salud y el medio ambiente.

GENERAL

- Verificar el cumplimiento del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares de la E.S.E Departamental Moreno y Clavijo, donde se establecen los procesos y procedimientos que deben realizarse para el adecuado y eficaz manejo de los residuos, teniendo en cuenta lineamientos instaurados en normatividad ambiental vigente.

ESPECÍFICOS

- Difundir una política ambiental y compromiso teniendo en cuenta el programa de educación establecido en el PGIRHS de la E.S.E Departamental Moreno y Clavijo.
- Supervisar el funcionamiento de la empresa contratada para la recolección, transporte y disposición final de los residuos sólidos y además tramitar las cuentas de cobro.
- Verificar la cantidad de residuos sólidos generados a través del cumplimiento del diligenciamiento del Formato RH1 en cada sede hospitalaria.
- Realizar estudios previos e inspeccionar la documentación legal para la contratación de la empresa recolectora de residuos y la adquisición de insumos para la ejecución del PGIRHS.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 82 de 224


- Realizar las actualizaciones correspondientes al PGIRHS según requiera la normatividad.

DESARROLLO DEL INFORME

El correcto funcionamiento del área ambiental dentro de cada hospital depende del aprovisionamiento de insumos necesarios para la realización de las actividades de limpieza y desinfección de la infraestructura y a su vez la recolección interna y externa de los residuos hospitalarios producidos. Por ende, como función primordial del área se realizan los estudios previos de conveniencia y oportunidad para generar la necesidad de la contratación de una empresa que nos garantice la recolección y la disposición final de los residuos, como también la adquisición de los insumos para la realización de las actividades diarias de limpieza, adicionalmente se verifica toda la documentación técnica y legal correspondiente para la elección de las ofertas óptimas para la contratación.

Para este periodo se realizó la contratación de J&M ingeniería como empresa recolectora de los residuos hospitalarios a través del contrato de prestación de servicios N.º 004-0012-2023 por un valor contractual de 50.000.000 de pesos con un tiempo de ejecución de seis meses siendo suscrito el día 25 de enero de 2023 y por otro lado se contrato la adquisición de insumos por un valor de 62.300.000 pesos con el contrato de compraventa N.º 002-0007-2023, suscrito el día 17 de febrero de 2023.

Se les solicitó a los Hospitales y Centros de Salud por medio de correo electrónico el envío de las actas del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, así como, el formato RH1 en soporte digital (Excel). Con el fin de mantener al día la información soporte para elaborar los respectivos informes de gestión. A través del análisis de los formatos RH1 diligenciados en cada sede hospitalaria se logra establecer las cantidades y los tipos de residuos producidos, con esta información se procede a determinar los indicadores de destinación de los residuos hospitalarios los cuales son necesarios para la presentación del informe anual de indicadores de manejo de residuos entregado la unidad administrativa especial de salud de Arauca (UAESA), a su vez dicha información se utiliza como referencia para supervisar las cantidades cobradas por la empresa recolectora al momento de enviar las facturas de cobro conjunto con el manifiesto de recolección y transporte de los residuos. Se

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 83 de 224

diligencian las actas de supervisión y cumplimiento y se envían a los hospitales para su firma con la que se garantiza que la cantidad de residuos cobrados efectivamente es la misma que los residuos recolectados. Al momento de contar con toda la documentación y requisitos legales se procede a iniciar el trámite de la cuenta para la realización de los pagos por la prestación del servicio. Como constancia del manejo correcto y disposición final de los residuos reposan como archivo las actas de disposición final de los residuos.

Mediante la ejecución del programa de capacitación se logra que los funcionarios conozcan los procesos en los que intervienen directamente y adquieran una responsabilidad ambiental sobre la separación correcta de los residuos y el uso eficiente del agua y la energía.

Desde el área ambiental se realiza la actualización del plan de gestión integral de residuos con el fin de tener los procedimientos claros y vigentes en lo que respecta al manejo de los residuos sólidos hospitalarios producidos por la red hospitalaria adscrita a la ESE Moreno y Clavijo, pues de allí parte la eficacia de las actividades a realizar.

El Subproceso Gestión Ambiental en conjunto con el Subproceso de Recursos Físicos y Almacén realizaron los respectivos despachos de las necesidades reportadas por los hospitales y centros de salud adscritos a la entidad, con relación a los insumos necesarios para el buen desarrollo de la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS). Adicionalmente se apoya la realización de inventarios de activos fijos.

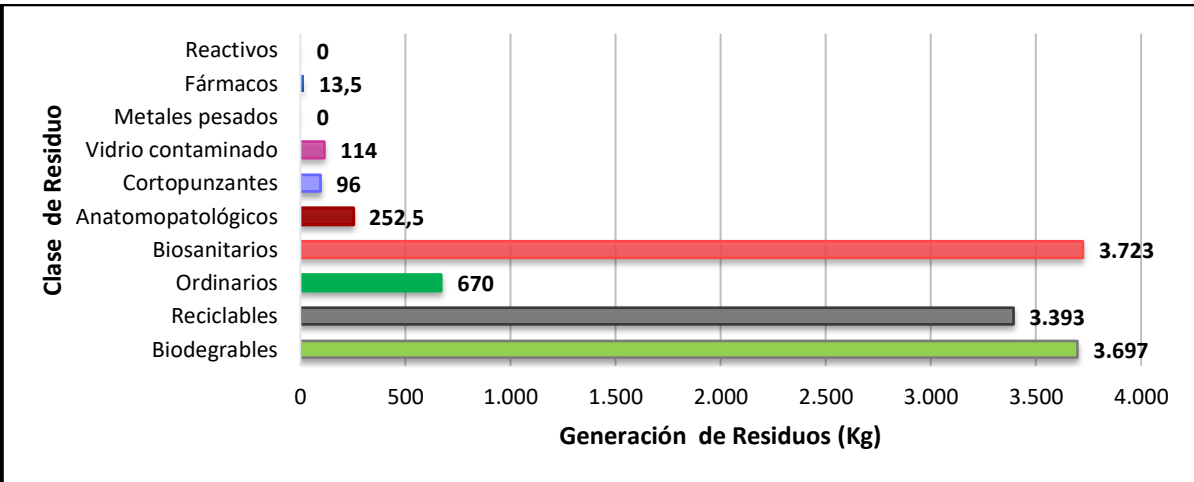
RESULTADOS

Tabla 1. Cantidad de residuos hospitalarios y similares generados por cada uno de los hospitales.

HOSPITALES Y/O CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO	Residuos No Peligrosos	Residuos Peligrosos
Hospital San Lorenzo de Arauquita	1.004	868
Hospital San Antonio de Tame	1.007	782

Hospital San Francisco de Fortul	2.420	1.325
Hospital San Ricardo Pampuri de La Esmeralda	1.249	280,8
Hospital San Juan De Dios de Puerto Rondón	638	300,0
Hospital San José de Cravo Norte	225	111,0
Centro de Salud de Puerto Jordán	1.037	417
Centro de Salud de Panamá de Arauca	180	117
TOTAL DE RESIDUOS (Kg)	7.760	4.200,7

Gráfico 2. Cantidad residuos producidos en la red hospitalaria según su clase.



INDICADORES DE DESTINACION

Indicadores de destinación para incineración

Este método consiste en la combustión de los residuos hospitalarios peligrosos (anatomopatológicos, cortopunzantes, medicamentos vencidos o deteriorados) hasta su conversión en cenizas; con el fin de eliminar los riesgos asociados con esta clase de residuos infecciosos.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 85 de 224

$$ID_I = \left(\frac{R_I}{R_T} \right) \times 100$$

$$ID_I = \left(\frac{4200.7 \text{ kg/I trimestre año 2023}}{11.960 \text{ kg/I trimestre año 2023}} \right) \times 100$$

$$ID_I = 35.12 \%$$

Donde:

ID_I: Indicador de destinación para incineración.

R_I: Cantidad de residuos incinerados (Kg/ I trimestre año 2023)

R_T: Cantidad total de residuos producidos por la ESE Departamental Moreno y Clavijo (Kg/ I trimestre año 2023)

Indicadores de destinación para relleno sanitario

Los residuos cuya disposición final es el relleno sanitario, son entregados a la empresa que presta el servicio de recolección a nivel local en cada uno de los municipios donde se encuentran los hospitales y centros de salud adscritos a la E.S.E Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo.

$$ID_{RS} = \left(\frac{R_{RS}}{R_T} \right) \times 100$$

$$ID_{RS} = \left(\frac{4.367 \text{ kg/I trimestre año 2023}}{11.960 \text{ kg/I trimestre año 2023}} \right) \times 100$$

$$ID_{RS} = 36.51 \%$$

Donde:

ID_{RS}: Indicador de destinación para relleno sanitario.

R_{RS}: Cantidad de residuos dispuestos en relleno sanitario (Kg/ I trimestre año 2023)

R_T: Cantidad total de residuos producidos por la ESE Departamental Moreno y Clavijo (Kg/ I trimestre año 2023).

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 86 de 224

INDICADORES ESTADÍSTICOS DE ACCIDENTALIDAD

Indicador de Incidencia

Es el número de accidentes laborales reportados por riesgo biológico en el primer trimestre del 2023 con relación al total de trabajadores contratos para el mismo periodo:

$$II = \left(\frac{\# \text{ de Accidentes por riesgo biológico reportados en el I trimestre año 2023}}{\# \text{ de personas contratadas en la red hospitalaria en el I trimestre año 2023}} \right) \times 100$$


$$II = \left(\frac{3 \text{ accidentes por riesgo biológico}}{650 \text{ personas contratadas en el I trimestre año 2023}} \right) \times 100$$

$$II = 0.46\%$$

CONCLUSIONES

Es importante entender que cada funcionario tiene un papel dentro de todo el proceso del manejo de residuos, la base fundamental de dichas actividades inicia al momento de la separación de los residuos por lo que el compromiso y sentido de pertenencia de cada uno como parte de esta empresa juega un papel muy grande en el éxito del proceso.

El proceso es sinérgico, es decir, que cada nueva etapa y su eficacia dependen de la fase inmediatamente anterior, por eso es muy propenso a inferir en errores que alteran totalmente el desarrollo esperado al finalizar las actividades.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 87 de 224

2.11 INFORME DE GESTIÓN SUBPROCESO SISTEMAS Y TECNOLOGIA

I TRIMESTRE DE 2023

INTRODUCCIÓN

Este documento plasma las actividades trazadas por la oficina de sistema y tecnologías en busca de soportar la continuidad del servicio desde el enfoque tecnológico de los equipos informáticos y los diferentes softwares aplicados para ello; así como el soporte para el envío de informes de obligatorio cumplimiento antes los diferentes entes de control


OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General

Garantizar la disponibilidad de hardware y software del componente tecnológico de los equipos de cómputo como herramienta de soporte para el cumplimiento misional de la ESE Moreno y Clavijo

Específicos

- Disponibilidad de un sistema de información que soporte los datos asistenciales de las diferentes atenciones hospitalarias
- Cumplir con la normatividad referente a la propiedad intelectual de terceros.
- Ejercer control y protección de la información electrónica almacenada en los diferentes equipos de cómputo mediante software anti código malicioso.
- Apoyar el envío de los informes ante los diferentes entes de control.
- Dar continuidad al servicio de soporte lógico y físico a los diferentes usuarios internos de la ESE Moreno y Clavijo

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 88 de 224

DESARROLLO DEL INFORME:

Continuidad del servicio del Sistema de información asistencial, administrativo y financiero

Con el fin de garantizar la continuidad del servicio del sistema de información asistencial y financiero, se realiza estudio de conveniencia generando contrato 004-001 – 2023 por una vigencia de 13 días con un valor de \$22.290.658, y el contrato 004-009-2023 por un termino de 11 meses y 14 días con valor de \$542.066.656, dicho contratos se hacen con la empresa FIBERGROUP S.A.S. dando cubrimiento anual para evitar traumatismos en las sedes asistenciales.

Estos contratos dan cobertura a los módulos asistenciales y financieros del sistema de información. Servicio de Call Center mediante telefónica VozIP con 5 troncales habilitadas para cada sede de la ESE Moreno y Clavijo y al servicio de conectividad:


- Sede San Antonio 200Mbps
- Sede San Lorenzo de Arauquita 200Mbps
- Sede San Francisco de Fortul 200Mbps
- Sede San Juan de Dios de Pto Rondón 40Mbps
- Sede San José de Cravo Norte 40Mbps
- Sede San Ricardo Pampuri 40Mbps
- Sede Panamá de Arauca 40Mbps
- Sede Juan de Jesús Coronel de Pto Jordán 40Mbps
- Sede Administrativas 100Mbps

Disponibilidad de Tonner y Tinta liquida para las diferentes impresoras de la red hospitalaria y administrativa de la ESE Moreno y Clavijo

Con el fin de garantizar la continuidad del servicio se realiza estudio de conveniencia proyectado a 4 meses y se genera el contrato 004-002-2023 para la adquisición de Tonner y tinta liquida por un valor de \$ 169.028.000, con el fin de dar cubrimiento de impresión a las 9 sedes de la ESE Moreno y Clavijo.

Actualización de licenciamiento software antivirus

La seguridad digital es de vital importancia para cualquier empresa, la ESE Moreno y Clavijo se toma muy en serio la seguridad digital de la información electrónica ante

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 89 de 224

los constantes ataques por software de código malicioso, por tal razón se proyectó estudio de conveniencia de 300 licencias para renovar el antivirus y antimalware corporativo en su versión Kaspersky EndPoint Security Cloud, el cual nos brinda una consola de administración en la nube; se genera el contrato 002-006-2023 por un valor de \$39.300.000, dicho licenciamiento se pacta a 2 años de vigencia.

Actualización del licenciamiento de los sistemas operativos de los computadores de las diferentes sedes de la ESE Moreno y Clavijo

Los equipos de la ESE Moreno y Clavijo en su mayoría funcionaban bajo la plataforma preinstalada OEM Windows 7, Sumado a esto en la vigencia anterior se adquirieron equipos nuevos sin licenciamiento del sistema operativo; lo que nos lleva a realizar el estudio de conveniencia para la renovación de las licencias y actualización de las mismas al sistema Windows 10 profesional, y mediante el contrato 002-008-2023 se realizó la compra de 300 licencias perpetuas.

Continuidad del servicio mediante el mantenimiento correctivo de equipos de computo y redes de datos


Con el fin de garantizar la continuidad del funcionamiento de los equipos de computo y de las redes de datos de las 9 sedes de la ESE Moreno y Clavijo se realiza estudio de conveniencia para la posterior generación del contrato 004-007-2023 por un valor de \$80.000.000.

Reporte de información ante los entes de control

Se realiza el reporte ante los diferentes entes de control.

Supersalud: Plataforma nRVCC

- Publicación de estados financieros.
- Cuentas por pagar
- Datos para el cálculo de la posición de liquidez
- Circular 014
- Contratación
- Rendición de Cuentas
- Asociación de Usuarios
- Aplicación de PAMEC
- Reclamaciones por accidentes de Transito

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 90 de 224

Contraloría Departamental SIA Contralorías - CHIP

- Repórte de Patrimonios autónomos
- Cuenta anual
- Personal y costos

Ministerio de la protección Social PISIS

- Compra de medicamentos
- Res. 256
- Política de participación ciudadana
- Res. 2175
- Res. 012 atención de extranjeros
- Circular 030 Saneamiento de cartera
- Soportes documentales de recursos transferidos por el ministerio
- Decreto 2193 de 2004 Anual

Resultados

DESCRIPCION	META	LOGRO ALCANZADO	PORCENTUALIZADAD
ITEM 5.1	12 MESES	12 MESES	100%
ITEM 5.2	300 LICENCIAS	300 LICENCIAS	100%
ITEM 5.3	300 LICENCIAS	300 LICENCIAS	100%
ITEM 5.4	6 MESES	6 MESES	100%
ITEM 5.5	20 INFORMES	20 INFORMES	100%

CONCLUSIONES

La oficina de sistema y tecnologías como medio de apoyo para garantizar tecnológicamente los servicios misionales y administrativos de la entidad, ha venido trabajando de la mano de la subgerencia en salud con el fin de mantener la disponibilidad del soporte informático en las diferentes áreas de la red hospitalaria y administrativa de la ESE Moreno y Clavijo, garantizando de esta manera el soporte técnico el fin de alcanzar los objetivos trazados desde la alta gerencia. De allí la

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 91 de 224

necesidad de estar en constante actualización de la tecnología disponible, pero con una observancia estricta del cumplimiento de la normatividad vigente.

Se cumple con el objetivo trazado para los 3 primeros meses de la vigencia 2023, logrando la estabilización de los sistemas operativos, de seguridad, continuidad del servicio de información asistencial, administrativo, y el soporte técnico de los equipos informáticos. De la misma manera se cumple a cabalidad el apoyo para el envío de informes ante los entes de control.

2.12 INFORME DE GESTIÓN SUBPROCESO RECURSOS FISICOS

INTRODUCCION

La pretensión del presente informe es dar cuenta sobre el impacto que el área de recursos físicos ha generado en la red hospitalaria de la E.S.E Moreno y Clavijo en el primer (I) trimestre de 2023, se abordan aspectos relacionados con el manejo, control y seguimiento a los inventarios de la ESE, reporte de necesidades de insumos (medicamentos, dispositivos médicos, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, equipos médicos, papelería y útiles de oficina, aseo general, bienes), conocer el estado actual y vida útil de los equipos biomédicos e industriales de los hospitales y puestos de salud para el respectivo mantenimiento cuando este se requiera o para su reemplazo.

Para la vigencia 2023, el proceso de Almacén y Recursos físicos inicio el seguimiento a la ejecución del plan anual de adquisiciones de la misma vigencia dicho plan anual de adquisiciones fue elaborado de acuerdo a las necesidades reportadas por los Hospitales y centros de salud adscritos a la empresa y ajustado al presupuesto oficial para la vigencia 2023, todo esto con el fin de procurar que todas las actividades se realicen bajo las condiciones de calidad en la prestación de los servicios de la salud.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 92 de 224

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS:

Objetivo general:

establecer políticas y lineamientos para el control, administración y contabilización de activos e insumos, aplicable a todos los procesos, subprocesos de la E.S.E. MORENO Y CLAVIJO.


Objetivos específicos:

- Identificar la ruta del proceso de bienes activos y de consumo aludiendo uno de los componentes de la misión de la ESE MORENO Y CLAVIJO.
- Conocer el estado de la infraestructura y apoyar en cada una de sus mejoras.
- Entrelazar con las demás sedes una comunicación efectiva para el desarrollo de las actividades.
- Vigilar y controlar que la tecnología biomédica de la red institucional cumpla con los requisitos de calidad para la prestación de los servicios de salud.

DESARROLLO DEL INFORME

El área de recursos físicos dentro del desarrollo de sus actividades en el primer trimestre se elaboran estudios de mercado (revisando cotizaciones de oferentes), certificaciones de precios, entradas de insumos y/o equipos, salidas a las diferentes sedes; así mismo se realiza registro en el software 360 de las entradas y salidas de insumos de consumo; en este periodo se recibió desde el área de almacén insumos de laboratorio, odontología, papelería, aseo, sistemas y comunicaciones(tintas y tonner), medicamentos, medico quirúrgicos, material de archivo, insumos de pghris, licencias de software, material de ferretería. Se evidencia varios errores que son derivados del software y se reportan al ing. de sistemas de la sede central, algunos se comentan a los proveedores de dicho programa que apoyen a solucionar.

Cada vez que se reciben insumos en la bodega se realiza la revisión, comparado con la descripción en el contrato para verificar las características, forma, presentación, marca y/o estado de cada uno de los insumos que fueron contratados, logrando el 100% de oportunidad y calidad en la entrega de parte de cada uno de los proveedores.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 93 de 224


Se inicia con la realización del inventario de todos los equipos propiedad planta y equipo en el hospital san Antonio de Tame, se deja programado para la continuidad de las demás sedes en el segundo trimestre.

Se presenta un cronograma de trabajo para iniciar los mantenimientos programados, en cada una de los distintos Hospitales y centros de Salud adscritos a la **E.S.E Moreno y Clavijo**, programando visitas semestrales, para desarrollar las siguientes labores:

- Implementación de un sistema ordenado para la realización de las hojas de vida de cada uno de los equipos biomédicos existentes en cada hospital y Centro de Salud adscrito a la **ESE Moreno y Clavijo**.
- Ficha técnica y/o reporte de cada equipo biomédico a cuál se le ha de realizar mantenimiento preventivo o correctivo.
- Mantenimiento correctivo y preventivo a los equipos incluidos en el contrato 04-0003 de 2023.
- Inventario actualizado de los equipos biomédicos de los diferentes hospitales y centros de salud adscritos a la **E.S.E MORENO Y CLAVIJO**.

Estas visitas técnicas se han realizado a cabo de la siguiente manera en los distintos Hospitales y Centros de Salud adscritos a la **ESE Moreno y Clavijo**, Desarrollando los mantenimiento correctivos y preventivos dentro de lo establecido en las normas fijadas por los fabricantes, estableciendo un orden de visitas en las distintas áreas de servicios en cada uno de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la E.S.E Moreno y Clavijo expuestas anteriormente, en ellos se implementó la orden de servicios técnicos, más conocido como "**REPORTE TÉCNICO**". Este reporte lo garantiza, los distintos Jefes de las áreas de servicios de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la **E.S.E Moreno y Clavijo**, son quienes les dan el visto bueno al funcionamiento de los mantenimientos realizados, y a la vez le certifica a la institución el buen desempeño de los equipos biomédicos; además es el soporte de información para el trámite de sistematización de los trabajos realizados para cada equipo, logrando manejar un historial en su vida útil y fortaleciendo el cumplimiento exigidos por el ente de control, como es la superintendencia de salud. (Circular 029 Marzo 13 de 1997).

Se puede concluir que a la fecha la empresa **CONSTRUCTORA, PROVEEDORA Y CONSULTORA DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS S.A.S "EMCOPROYECT"**, ha

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 94 de 224

realizado el 66 % del total de mantenimientos preventivos y correctivos estipulados en el contrato para la visita a los equipos con tecnología biomédica existentes en los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la E.S.E. Moreno y Clavijo, correspondiente a la visita programada en el plan de mantenimiento programado para la vigencia de este contrato.

Las actividades realizadas se llevaron a cabo sin mayores complicaciones en su desarrollo y sus equipos quedaron funcionando correctamente según protocolos de fabricante.

Durante el primer trimestre de la vigencia 2023, se lleva acabo los respectivos seguimientos al cumplimiento de los planes de mantenimiento hospitalario, aprobado para cada una de las infraestructuras adscritas a la ESE Moreno y Clavijo.

Por lo anterior, se solicitan los informes del plan de mantenimiento, se verifica, se unifican y se adjuntan a este documento.

FORMULAR PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA SEGÚN NECESIDADES PRESENTADAS POR LAS UNIDADES ASISTENCIALES.

PROYECTOS EN FORMULACION:

- **MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.**

La necesidad de este proyecto, parte cuando la entidad realiza el análisis del estado de la infraestructura del Hospital San Francisco de Fortul, donde se evidencia gran deterioro en la cubierta y por ende humedades en las áreas internas. Lo anterior debido al cumplido la vida útil de varios elementos que constituyen la infraestructura.

Es así que se propone la adecuación de la red pluvial y la adecuación de la infraestructura física, cambio de la cubierta de las áreas hospitalización, consulta externa, terapia física y respiratoria y demás áreas que necesiten de sostenimiento. Esto con el fin de garantizar el acceso a la salud, siendo este un derecho fundamental para los habitantes del país en especial para la población del departamento de Arauca, municipio de Fortul, área urbana y rural; con su desarrollo el hospital busca fortalecer la calidad de la prestación de los servicios de salud especialmente los de baja complejidad.

El día 28 de febrero del presente año, se realizó mesa técnica con el Ministerio de Salud y Protección Social de manera virtual, donde también asistieron profesionales de la Unidad

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 95 de 224

Administrativa Especial de Salud de Arauca. De esta mesa técnica surgió por parte del MSPS, la necesidad de incluir documentos como certificado de delineamiento urbano, revisión técnica de vulnerabilidad sísmica de la infraestructura y certificado del porcentaje del AIU.

CONTRATOS EN EJECUCION:


- *CONTRATO DE OBRA No. 007-0001 DE 2023 CON OBJETO “MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LAS BODEGAS DE LA SEDE ADMINISTRATIVA DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO EN EL MUNICIPIO DE TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.*

Este proyecto inicio el 17 de marzo de 2023 y se encuentra en ejecución, es importante mencionar que la finalidad de este contrato es realizar los ajustes pertinentes a la infraestructura del área de almacén y de esta manera poder garantizar la debida conservación de los insumos que se almacenan de manera temporal en las bodegas de la sede central de ESE la Moreno y Clavijo, para la posterior distribución a los seis (6) hospitales, dos (2) centro de salud y veintiún (21) puestos de salud.

A continuación, se relaciona la información del contrato de obra celebrado entre la ESE Moreno y Clavijo y Construcción Servicios Suministros e Ingeniería S.A.S.

RESULTADOS

- De acuerdo a lo planificado, se realizan las adquisiciones de insumos requeridos para la prestación del servicio en las diferentes sedes asistenciales, así mismo, lo requerido en el área administrativa de manera que los proceso fluyan de manera normal.
- Se actualizaron precios de manera mediante los estudios de mercado requeridos en cada caso que fuera necesario.
- Se dio cumplimiento a los planes de mantenimiento de equipos biomédicos y equipos industriales. De igual manera se realizó el mantenimiento de las diferentes áreas de los hospitales con los técnicos de mantenimiento y se suplieron los materiales.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 96 de 224

Una vez se realiza la visita técnica en los diferentes hospitales, queda a satisfacción del personal y el usuario al visitar cada uno de los centros asistenciales.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que se han llevado a cabo los mantenimientos preventivos y se ha dado oportunidad a los correctivos, podemos garantizar la prestación de los servicios con tecnología biomédica de calidad, equipos industriales e infraestructura operativa y una dotación acorde a la capacidad financiera.

ANEXOS

ANEXO 1 CONTRATO DE OBRA

CONTRATISTA:	CONSTRUCCIÓN SERVICIOS SUMINISTROS E INGENIERÍA S.A.S.
OBJETO CONTRACTUAL:	“MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LAS BODEGAS DE LA SEDE ADMINISTRATIVA DE ESE MORENO YCLAVIJO EN LE MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA”
NIT. :	901016953-2
REPRESENTANTE LEGAL:	JHONN FREDY GARCIA BELTRAN
VALOR DEL CONTRATO:	\$389.373.740,49
VALOR DEL ANTICIPO (40%):	\$155.683.374,12
FECHA INICIO:	17/03/2023
FECHA DE TERMINACION:	16/06/2023
PLAZO CONTRACTUAL:	3 MESES

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 97 de 224

ANEXO 2

REGISTRO FOTOGRAFICO




3.INFORME SUBGERENCIA DE SALUD

El informe de gestión de este periodo y resultados tiene como objetivo, presentar los logros alcanzados por todas las instituciones de la ESE MORENO Y CLAVIJO en el primer trimestre de la vigencia 2023, en el cual se observa desarrollo de sus Gestión misionales, Procesos de apoyo y Procesos estratégicos.

Los resultados están orientados al cumplimiento de las metas, esta estructura se encuentra a partir del análisis de aquellas actividades que generaron mayor impacto positivo y que generan a la Institución reconocimiento y credibilidad en los temas relacionados al esfuerzo de cada uno de los que aportan su conocimiento a esta empresa, y de esta manera agregamos que a pesar de las dificultades para el desarrollo de nuestras actividades; estas aún se direccionan al cumplimiento, mejoramiento y fortalecimiento de acciones.

Cada día la ESE MORENO Y CLAVIJO busca la mejora continua con calidad para sus usuarios, mejorando así el bienestar de vida como compromiso; con el desempeño del trabajo de cada uno de los empleadores que hacen parte de esta familia, el sentido de pertenencia es característico del trabajo diario.

Los logros alcanzados se pueden evidenciar en los registros consignados en este 1 informe trimestral del 2023 presentado por las diferentes dependencias.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 98 de 224

OBJETIVO GENERAL


Consolidar y verificar del comportamiento financiero de las instituciones y toma de decisiones gerenciales que permitan generar estrategias que lleven a un mayor cumplimiento de las mismas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Consolidar información de prestación de servicios en salud relevante para la institución Analizar parámetros de producciones institucionales con el fin de visualizar comparativamente el comportamiento de los mismos en periodos de tiempo definidos.
- Informar a la Alta Dirección de la ESE Moreno y Clavijo al respecto del comportamiento de parámetros de producción institucional específicos
- Dar respuesta a las necesidades y requerimientos de información a nivel institucional respecto del comportamiento de la productividad de los servicios en salud a nivel institucional
- Evidenciar la estadística de las atenciones de los usuarios, en los diferentes servicios que se ofertan en toda la red de la ESE MOREMO Y CLAVIJO.
- Exponer y difundir la información del mejoramiento continuo en las diferentes actividades desarrolladas por parte de las instituciones de toda la red durante el primer trimestre de la vigencia 2023.
- Demostrar el avance que se viene realizando para la prevención, diagnóstico y tratamiento a las enfermedades presentadas en nuestros usuarios.
- Analizar los resultados arrojados por parte de los diferentes procesos y subprocesos que hacen parte de nuestra entidad con el fin de buscar un mejoramiento institucional que nos lleve a garantizar la prestación de los servicios y el bienestar de nuestros usuarios.
- Garantizar la disponibilidad y calidad oportuna de los diferentes insumos, medicamentos e instrumentos necesarios para la atención de los pacientes.
- Desarrollar el modelo de atención integral, humanizado y seguro en respuesta a las necesidades de la población, haciendo énfasis en una excelente atención a los usuarios.

3.1 SUBPROCESO SIAU

En el cumplimiento de su misión y de acuerdo con las diferentes normas, que van desde la misma Constitución Política Nacional, otras como la Ley 100 de 1993, Decreto 1757 de

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 99 de 224

1994, Decreto 1011 de 2006 y muy específicamente a la Ley 1474 de 2011 que se refiere al Estatuto Anticorrupción, la Oficina de Atención al Usuario tiene desde su hacer, un enfoque de atención centrado en el usuario, buscando responder a las necesidades y problemas que obstaculizan su acceso a la salud, facilitando mediante la orientación y aplicación del conocimiento de la normatividad Institucional y de la legislación vigente, el ejercicio de los derechos y los deberes de los usuarios para articular los recursos propios, los existentes en el sistema y activar las redes de apoyo institucionales.

La Empresa Social del Estado Departamental Moreno y Clavijo ha implementado herramientas de apoyo para mejorar la prestación de Servicios de Salud, la cual toma como fuente la información obtenida de las manifestaciones expresadas por los usuarios, su familia y/o partes interesadas, siendo estas presentadas como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias o Felicitaciones. Esta herramienta es el Sistema de Información y Atención al Usuario-SIAU.

El presente informe es realizado con la información recolectada en el acompañamiento adelantado al personal de cada IPS que hace parte de entidad.


En el describe y relaciona los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por dicho personal entre el mes de enero a marzo de 2023.

OBJETIVO GENERAL:

Informar sobre la gestión realizada desde área SIAU, en el periodo comprendido entre enero a marzo de 2023.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Desarrollar las actividades planteadas por el área SIAU, en cada una de las dependencias donde se hace presencia.
- ✓ Registrar las capacitaciones y/o encuestas a los usuarios de la entidad.
- ✓ Atender de manera oportuna las PQRSDF.
- ✓ Registrar y analizar el comportamiento de las PQRSDF.
- ✓ Medir la satisfacción del usuario.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 100 de 224

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

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

El procedimiento SIAU está conformado por tres grandes actividades:


1. Atención y Orientación al Usuario.
2. Trámite y Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones.
3. Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

ATENCIÓN Y ORIENTACION AL USUARIO:

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

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

Igualmente, cada coordinador SIAU de las diferentes IPS es encargado de dar a conocer a los usuarios sus derechos y deberes a través de la difusión de los mismos por medio de

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 101 de 224


capacitaciones semanales, la emisión por medio de micrófono, la entrega de folletos y la publicación de los mismos en pendones y cartelera informativa.

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

A continuación, se relacionan dichos canales:

CANAL	MODO DE CONTACTO
Telefónico	8887049 ext. 136 (Tame), 8897224(Rondón), celular 3134733618(panamá),3142351082(Fortul), 3131720956(Pampuri), 3134742887(Araquita), 3134737365 (Jordán) y 3134712067 (Cravo Norte)
físico	Toda correspondencia, documento escrito.
virtual(correo electrónico)	siautame@esemorenoyclavijo.gov.co siauhospitalfortul@gmail.com hospitalarauquita@esemorenoyclavijo.gov.co siauhsla.esemyc@gmail.com siauhospitalrondon@gmail.com siaucravo@esemorenoyclavijo.gov.co siaucspa.esemyc@gmail.com siaucsjc.esemyc@gmail.com siaupampuriesmyc@gmail.com hospitalrondon@esemorenoyclavijo.gov.co hospitalpampuri@esemorenoyclavijo.gov.co hospitalcravo@esemorenoyclavijo.gov.co centrosaludpanama@esemorenoyclavijo.gov.co centrosaludpuertojordán@esemorenoyclavijo.gov.co www.esemorenoyclavijo.gov.co
Presencial	Proceso personalizado en las oficinas de SIAU de cada unidad de salud.
Buzón de Sugerencia	En cada servicio de los hospitales o centro de salud se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede consignar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias o felicitaciones. Se hace la apertura de dichos buzones semanalmente en presencia de un miembro del comité de ética, un representante de los usuarios y un usuario como tal y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos establecidos por ley.

El indicador establecido para la medición de la difusión de los derechos y deberes de los usuarios es el “PORCENTAJE DE COBERTURA DE DIFUSIÓN DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS”; el cual nos permite medir el total de pacientes

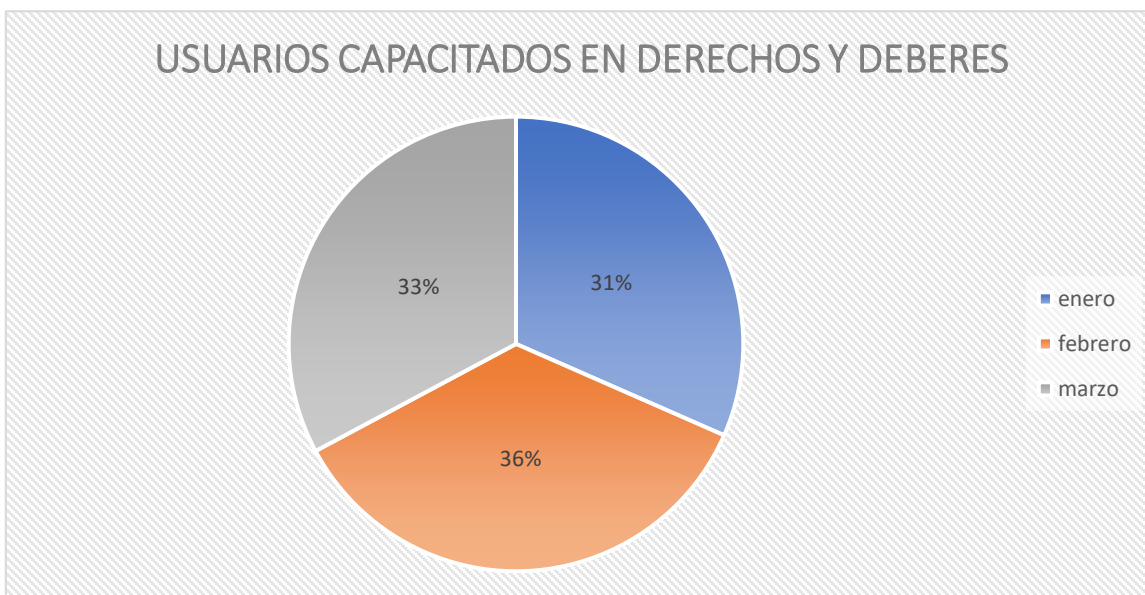
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 102 de 224

capacitados sobre si le divulgaron sus Derechos o no. La meta establecida para este indicador es del 10% y el límite de control es del 5%.

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

TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (enero)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (febrero)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (marzo)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES
1083	1221	1125	3429


REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

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

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 103 de 224

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

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

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

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

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

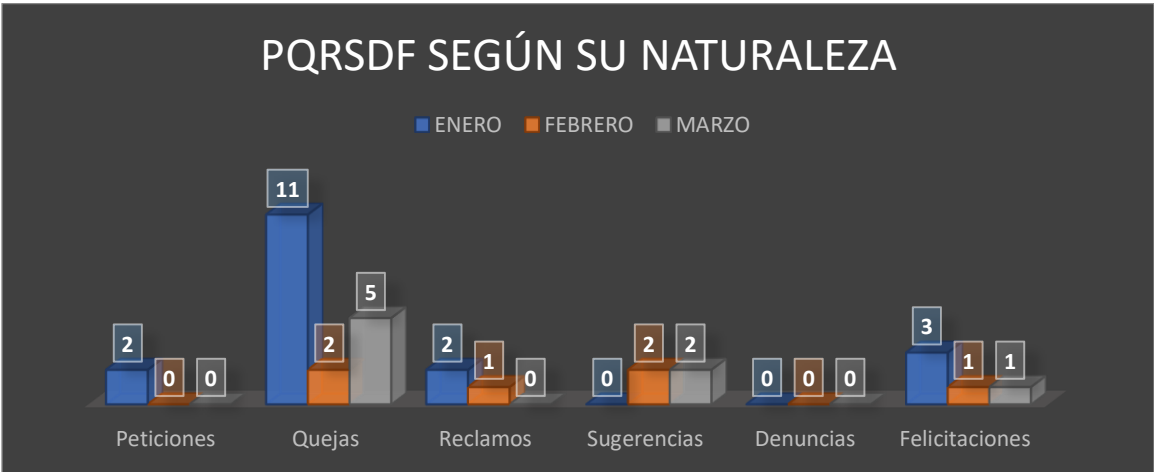
El indicador establecido para la medición de la Proporción de Quejas resueltas antes de 15 días es el “PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS”, el cual establece el número de días promedio transcurridos entre la radicación de la PQRSDf, la Gestión y Respuesta. Se trata de un indicador que se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

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

PQRSDf SEGÚN SU NATURALEZA	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL, PQRSDf (PRIMER TRIMESTRE 2023)	PROPORCIÓN
----------------------------	-------	---------	-------	---------------------------------------	------------

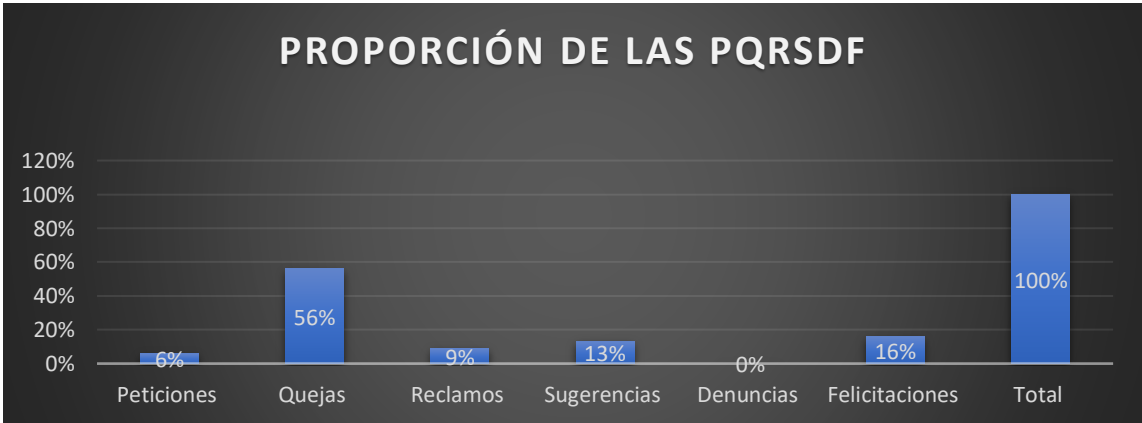
PETICIONES	2	0	0	2	6%
QUEJAS	11	2	5	18	56%
RECLAMOS	2	1	0	3	9%
SUGERENCIAS	0	2	2	4	13%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0%
FELICITACIONES	3	1	1	5	16%
TOTAL	18	6	23	32	100%


REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

PROPORCIONALIDAD DE LAS PQRSDF:



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 105 de 224


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

Conforme se evidencia durante el primer trimestre del 2023, la Oficina de Atención al Usuario a través de los buzones de sugerencias y otros medios recibió un total de 32 PQRSDf o manifestaciones por parte de los usuarios, de las cuales el 6% corresponde a Peticiones, el 56% pertenece a Quejas, el 9% concierne a Reclamos, 13% a Sugerencias y el 16% a Felicitaciones. Igualmente se puede decir que la manifestación más recurrente durante este trimestre fue la **Queja** y en el mes en que más se presentaron manifestaciones fue el mes de enero de 2023.

CANTIDAD DE PQRSDf RECIBIDAS EN EL CUARTO TRIMESTRE 2022 EN CADA SEDE Y SEGÚN SU NATURALEZA:

A continuación, se detalla el total de PQRSDf recibidas tanto en la sede administrativa como en cada IPS durante el trimestre analizado, discriminadas según su naturaleza.

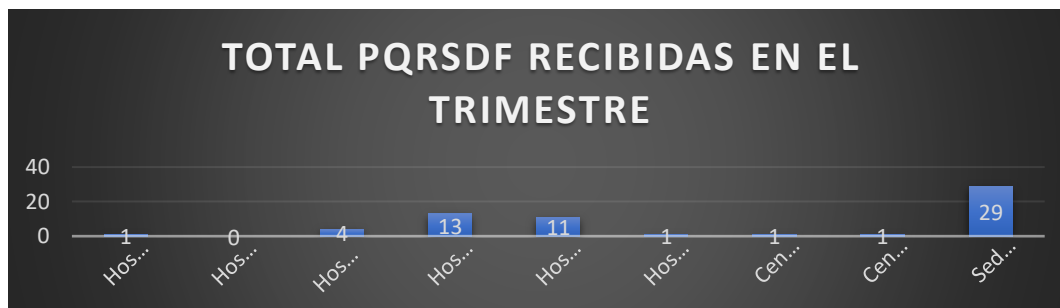
SEDE	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL, PQRSDf RECIBIDAS EN EL TRIMESTRE
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	1	1
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	4	0	0	4
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	6	4	3	13
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	6	2	3	11
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	1	0	0	1
CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	0	0	1	1
CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA	1	0	0	1
SEDE ADMINISTRATIVA	11	9	9	29
TOTAL	37	49	21	61
TOTAL, PQRSDf RECIBIDAS EN EL PRIMER TRIMESTRE 2023	61			

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 106 de 224

Según su naturaleza:

SEDE	P	Q	R	S	D	F	TOTAL
ARAUQUITA	0	1	0	0	0	0	1
FORTUL	0	0	0	0	0	0	0
RONDÓN	0	2	0	0	0	2	4
ESMERALDA(PAMPURI)	1	4	3	3	0	2	13
TAME	0	9	0	1	0	1	11
CRAVO-NORTE	1	0	0	0	0	0	1
PTO JORDAN	0	1	0	0	0	0	1
PANAMA	0	1	0	0	0	0	1
SEDE ADMINISTRATIVA	7	10	3	0	0	9	29

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

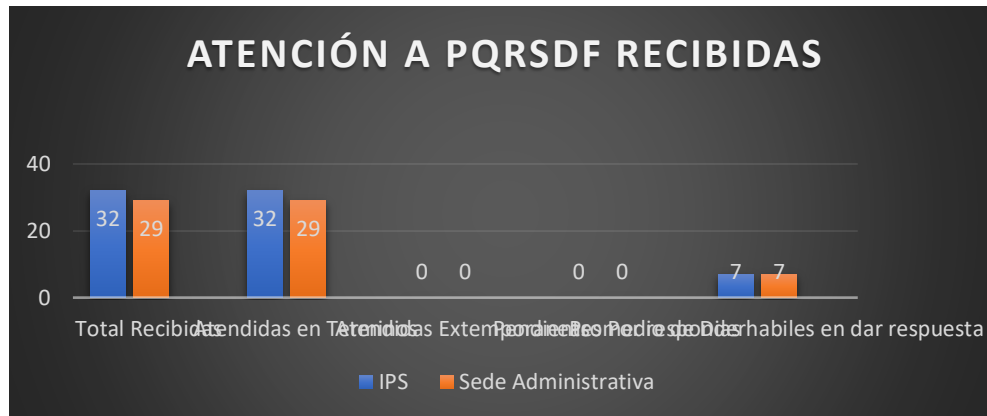
ATENCIÓN A PQRSDF RECIBIDAS:

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

SEDE	TOTAL RECIBIDAS	ATENDIDAS EN TÉRMINOS	ATENDIDAS EXTEMPORÁNEAS	PENDIENTES POR RESPONDER	PROMEDIO DE DÍAS HÁBILES EN DAR RESPUESTA
IPS	32	32	0	0	7
SEDE ADMINISTRATIVA	29	29	0	0	7

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 107 de 224

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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


De las 61 PQRSD recibidas tanto en la sede administrativa como en cada IPS durante el (1) trimestre del 2023 objeto de análisis, las 61 tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, 0 fueron atendidas extemporáneamente, 0 quedaron pendiente de trámite a la fecha de corte del informe y el promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas fue de 7 días hábiles. Es importante tener en cuenta que algunas de las manifestaciones no requerían respuesta en razón a que corresponden a comunicados de felicitaciones o agradecimientos por parte de los usuarios.

COMPORTAMIENTO PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 2023.

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

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

Entendiendo la medición de la Satisfacción del Usuario como un tema de vital importancia en la gestión y evaluación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, La ESE Moreno y Clavijo busca permanentemente asegurarse que las necesidades de sus usuarios

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 108 de 224

se identifiquen, se escuchen y se cumplan, lo cual facilita identificar oportunidades de mejora. Esto ha llevado a que se hayan construido dentro de la misma encuesta dos indicadores que evidencian el grado de percepción de sus usuarios. El primero es la percepción del usuario frente a la atención y el trato que recibe del personal administrativo y asistencial y el segundo es la percepción del usuario frente a la oportuna prestación de servicios y en general de las instalaciones en la que se prestan los servicios.

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

Es importante hacer claridad que dicha encuesta se aplica siguiendo las directrices de la Resolución N. 256, que indica que se debe tener en cuenta las preguntas de satisfacción, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?; Por esta razón se evidenciará siempre un cambio significativo en el porcentaje de satisfacción.

Igualmente se aclara que la muestra asignada para las encuestas aplicadas en cada IPS se toma teniendo en cuenta la cantidad de usuarios atendidos en cada una de ella; el cual es relativamente bajo para el total de usuarios que utiliza el servicio.

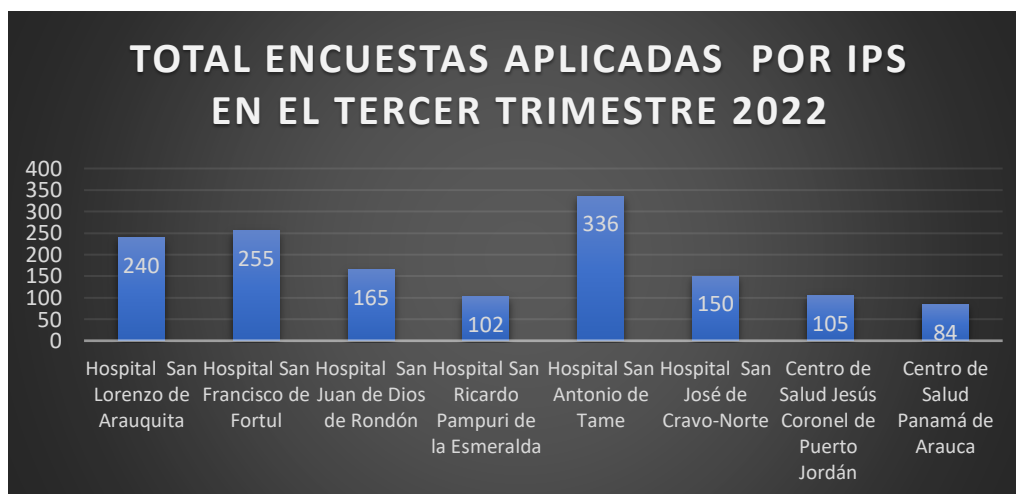
Cabe resaltar que el personal asignado como coordinadoras del procedimiento SIAU en cada IPS a su vez tienen bajo su responsabilidad otras actividades como son consultas, para el caso de las psicólogas y actividades asistenciales en los diferentes servicios para las auxiliares de enfermería. Se sigue recomendando la asignación de una persona única y exclusivamente para el procedimiento de SIAU que cuente con un espacio debidamente adecuado y las herramientas necesarias para el desarrollo de sus funciones.

NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS POR CADA IPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A MARZO DE 2023.

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

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (Primer trimestre 2023)
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	240
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	255
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	165
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	102
H. SAN ANTONIO DE TAME	336
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	150
C. S. JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	105
C. S. PANAMA DE ARAUCA	84
TOTAL ENCUESTAS APLICADAS (TERCER TRIMESTRE 2022)	1.437

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



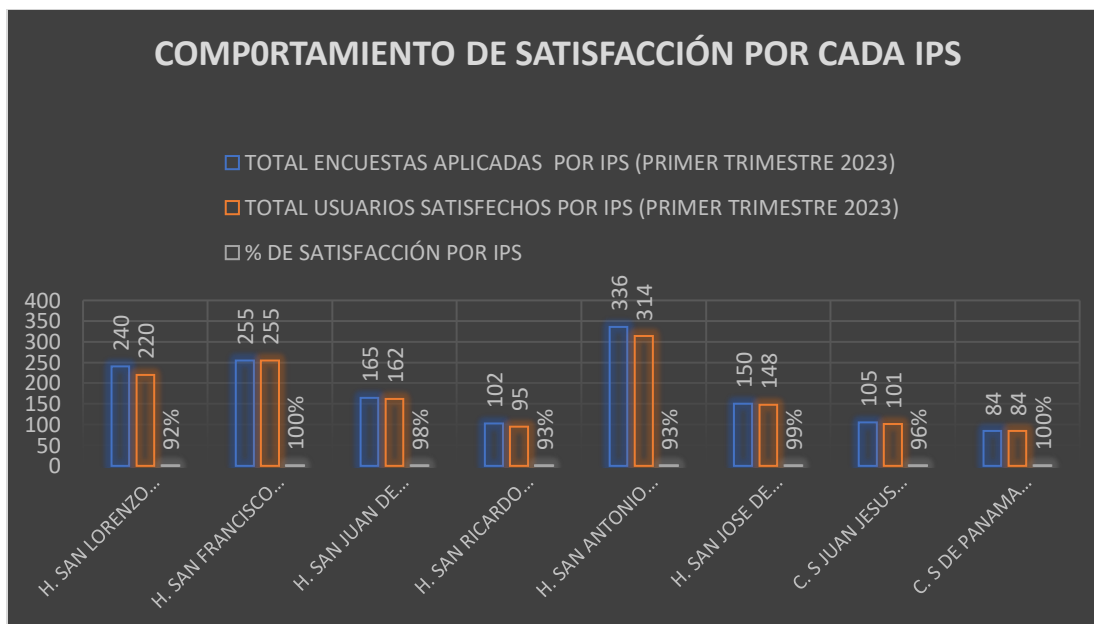
Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

Durante el (1) trimestre del 2023 se aplicaron en total de 1.437 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 240 en el Hospital San Lorenzo de Arauquita, 255 en el Hospital San Francisco de Fortul, 165 en el Hospital San Juan de Dios de Rondón, 102 en el Hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, 336 en el Hospital San Antonio de Tame, 150 en el Hospital San José de Cravo-Norte, 84 en el Centro de Salud Jesús Coronel de Puerto Jordán y 84 en el Centro de Salud Panamá de Arauca.

Seguidamente se grafica el comportamiento de satisfacción global en cada IPS durante el tercer trimestre del presente año.


HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (Primer trimestre 2023)	TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS POR IPS (Primer trimestre 2023)	% DE SATISFACCIÓN POR IPS
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	240	220	91%
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	255	255	100%
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	165	162	98%
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	102	95	93%
H. SAN ANTONIO DE TAME	336	314	93%
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	150	148	99%
C. S JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	105	101	96%
C. S DE PANAMA DE ARAUCA	84	84	100%
TOTAL	1.437	1.379	95%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

Se observa que la gran mayoría de las IPS adscritas a la red hospitalaria de la ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO obtuvieron resultados satisfactorios teniendo en

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 111 de 224

cuenta que el porcentaje de satisfacción obtenido se encuentra por encima del 90%; meta establecida para este indicador.

PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL TERCER TRIMESTRE 2022:

TIEMPO (Tercer trimestre 2022)	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS	Número de usuarios que responden "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría la experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su ips?	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta ips?	TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS	% DE SATISFACCIÓN GLOBAL
TOTAL	1.437	1.377	1.404	1.379	95%

En la tabla y gráfica anterior observamos que durante el (1) trimestre del año 2023, se aplicaron un total de 1.437 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.377 usuarios contestaron muy buena a la pregunta ¿Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? Y 1.404 a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS? para un total de 2.695 que respondieron a las dos preguntas, y los usuarios satisfechos son 1.394 lo anterior un equivalente a un 94% de satisfacción.

OTRA GESTIÓN REALIZADA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO SIAU:

- Coordinación de ejecución de las actividades contempladas en el Plan de Acción, Mapa de Riesgos y Pamec institucional contempladas dentro del tercer trimestre de 2022.
- Registro en la plataforma SUIT de las PQRSDf presentadas en toda la red hospitalaria durante el trimestre.
- Coordinación de la realización de capacitaciones dirigidas tanto al personal de toda la red hospitalaria como a los usuarios en diferentes temáticas con el propósito de mejorar el servicio prestado al usuario y fomentar el respeto mutuo.
- Realización de auditoría mensual a informes de actividades del procedimiento desarrolladas durante el mes por las coordinadoras SIAU de toda la red hospitalaria.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 112 de 224

CONCLUSIONES

Como se mencionó inicialmente la E.S.E DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO viene realizando acompañamiento a través del líder del procedimiento SIAU a cada una de las actividades realizadas por su equipo de trabajo, el cual se encuentra distribuido en los diferentes Hospitales y Centros de Salud de la Red hospitalaria de la ESE observándose que se viene cumpliendo mes a mes con el desarrollo de las mismas.

En el informe proyectado se describió y se relacionó los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por las coordinadoras SIAU en el (1) trimestre de 2023, más el análisis mensual realizado por la sede central.


Como resultados pudimos observar que durante este periodo se realizó divulgación de derechos y deberes a 3.317 usuarios en toda la red hospitalaria. Una cifra realmente considerable que da indicios del interés y gestión para divulgar la importancia a los nuestros usuarios.

Igualmente se pudo establecer que durante el trimestre analizado la Oficina de Atención al Usuario recibió un total de 61 PQRSDf o manifestaciones por parte de los usuarios, de las cuales su mayoría fueron dirigidas a la Sede Administrativa contando con 29 y el restantes en los prestadores de servicio.

Durante el (1) trimestre del año 2023 en toda la red hospitalaria se aplicaron un total de 1.437 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.377 usuarios contestaron muy buena a la pregunta ¿Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? Y 1.404 usuarios contestaron buena a esta misma pregunta; para un total de 1.379 usuarios satisfecho, equivalente a un 95% de satisfacción.

Los resultados obtenidos muestran que durante el (1) trimestre del año 2023 las IPS adscritas La ESE Moreno y Clavijo generan una opinión positiva ante los usuarios y que está cumpliendo con las expectativas de los mismos.

Con base en toda la información obtenida más el análisis de los factores internos y externos, la ESE lleva a cabo la planeación de sus lineamientos, trabajando en la búsqueda de estrategias que hagan de cada momento de verdad una experiencia satisfactoria, buscando minimizar todas las situaciones identificadas y caracterizadas al interior de la Institución, especialmente aquellas con las cuales los usuarios manifiestan la vulneración de sus derechos, manteniendo siempre el horizonte: “Atención humanizada y Atención con calidad”.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 113 de 224

Por su parte, de la mano de la normatividad vigente, desde el procedimiento SIAU, se continuará educando a los usuarios, promoviendo la participación ciudadana, se hará la revisión de los determinantes sociales, participando en espacios interinstitucionales para la creación de redes de apoyo, se buscará referenciación con prácticas exitosas en otros servicios e instituciones y, se aprovechará toda oportunidad que permita el mejoramiento continuo del procedimiento.

3.2 SUBPROCESO PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Con corte a 31 de marzo se tiene contratos con todas las ERA con vigencias anteriores, pero algunas de ellas están pendientes por realizar los anexos actualizados con la vigencia 2023, para finiquitar el proceso de acuerdo de voluntades, a saber:


EMPRESAS RESPONSABLES DE ASEGURAMIENTO	ESTADO ACTUAL
SANITAS	CONTRATO FIRMADO
NUEVA EPS	CONTRATO FIRMADO
COOSALUD	PENDIENTE ANEXOS ACTUAIZADOS
FOSCAL	PENDIENTE RESPUESTA

Con la ERA de Coosalud se tiene acta de vigencia actual, pero los anexos están pendientes, con Foscal aún no se ha finiquitado el proceso de contratación para la vigencia 2023, pero la ESE está llevando a cabo la atención de todos los usuarios sin negar ninguna prestación de servicios de salud.

POBLACION OBJETO A SER ATENDIDA POR CONTRATOS CAPITA

Para la vigencia 2023, tenemos contratada la siguiente población en los cinco municipios donde opera nuestra red, a los cuales se les debe garantizar la prestación de los servicios de salud de manera integral en cada uno de los cursos de vida, llevando a cabo la gestión del riesgo individual y en caso de presentar algún tipo de alteración se debe realizar la activación de la ruta, para que la ERA cumpla con los requerimientos y seguimientos de estos usuarios.

El total de población contratada para dar cumplimiento a las metas y actividades del programa de Promoción y Mantenimiento de la salud son:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 114 de 224

ENTIDAD	ARAUQUITA	CRAVO NORTE	FORTUL	PUERTO RONDÓN	TAME	TOTAL
NUEVA EPS	25144	336	14648	438	26207	66.773
SANITAS SUBSIDIADO	8204	2898	4431	3280	11480	30.073
SANITAS CONTRIBUTIVO	454	223	219	287	966	2.149
COOSALUD SUBSIDIADO	3023	0	0	0	0	3.023
COOSALUD CONTRIBUTIVO	215	0	0	0	0	215
FISCAL	0	0	0	78	0	150
TOTAL						99.363


La población total para brindar la prestación de los servicios de salud en detección temprana y Protección específica es de 99.363 usuarios que se encuentran ubicados en los cinco municipios donde opera la red hospitalaria.

CUMPLIMIENTO METAS DE PYM NUEVA EPS

HOSPITALES	INDICADORES NUEVA EPS 2023		
	ENERO	FEBRERO	MARZO
HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	71.9%	71.3%	72.8%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	84.8%	80.5%	85.3%
	Deficiente	Deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	81.5%	71.4%	82.3%
	Deficiente	Muy deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	71.5%	73.9%	80.5%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	69.1%	74.3%	79.4%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente

Se puede observar que en toda la red hospitalaria hubo mejora en cumplimiento de indicadores de forma global con respecto al mes de enero de 2023. Quien presenta mejor cumplimiento del indicador es el Municipio de Fortul con un cumplimiento del 85.3%. Los municipios de Puerto Rondón y Tame se encuentran con cumplimientos por debajo del 80% obteniendo para el mes de marzo una calificación Muy deficiente.

CUMPLIMIENTO METAS DE PYM SANITAS

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 115 de 224

HOSPITALES	INDICADORES SANITAS 2023		
	ENERO	FEBRERO	MARZO
HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	57.2%	60.4%	59.2%
	No aceptable	Muy deficiente	No aceptable
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	66.7%	67.5%	66%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	71%	70.9%	68.3%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	55.1%	61.5%	65.4%
	No aceptable	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	66.7%	67.2%	62%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente

En esta ERA los indicadores en todos los municipios se encuentran en muy deficientes con porcentajes de cumplimiento inferiores al 70%, excepto el municipio de Tame que tiene un indicador para el mes de marzo en No Aceptable con cumplimiento menor al 60%, en este municipio se observa que en el mes de febrero hubo una mejora con respecto al mes de enero y se mantuvo por encima del 60%, pero en el mes de marzo su tendencia fue a la baja con cumplimiento del 59.2%.

Se puede observar que en los demás municipios para esta aseguradora el comportamiento de los indicadores con respecto al mes de febrero su tendencia fue a la baja, a excepción del municipio de Cravo Norte que durante todo el trimestre se observó su incremento mes a mes quedando en un 65.4% para el primer trimestre de la vigencia 2023.

COMPORTAMIENTO CAPTACION DE GESTANTES PRIMER TRIMESTRE 2023

De acuerdo a la normatividad vigente, la captación de las mujeres gestantes debe darse en el primer trimestre del embarazo antes de las 10 semanas de gestación para disminuir el riesgo de presentarse una morbilidad materna extrema y dar cumplimiento a la resolución 3280 de 2018.

El cumplimiento de esta captación por parte de la red hospitalaria fue:

NUEVA EPS:

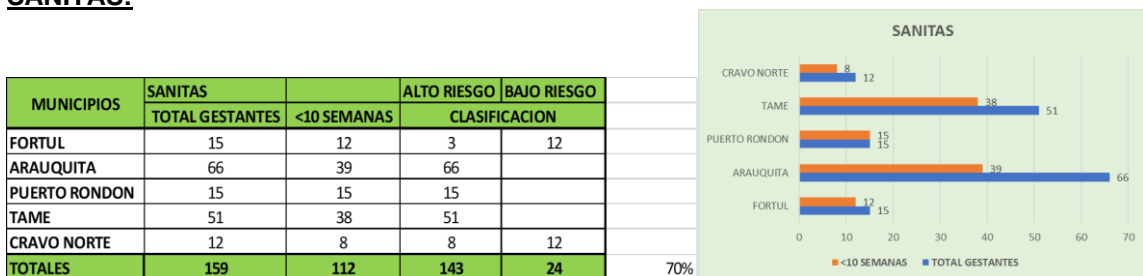


El total de gestantes de nueva EPS que ingresaron a la ruta maternoperinatal durante el primer trimestre de la gestación fueron 94 gestantes de las cuales 63 gestantes cumplen su criterio de ingreso a la ruta antes de las 10 semanas de gestación, de acuerdo a su clasificación 92 de estas gestantes fueron clasificadas como ALTO RIESGO OBSTETRICO y 2 BAJO RIESGO OBSTETRICO.


El municipio que presento mayor cantidad de gestantes ingresadas a la ruta materna, fue Araquita con 45 gestantes durante el primer trimestre de las cuales 30 de las gestantes cumplen con el criterio de ingreso antes de las 10 semanas de gestación, de acuerdo a la valoración médica, todas fueron clasificadas como ALTO RIESGO.

El cumplimiento de este indicador esta en 66% para la red hospitalaria de la ESE. El municipio que dio cumplimiento al ingreso de las gestantes antes de las 10 semanas en su totalidad fue Cravo Norte, quien ingreso durante el primer trimestre 4 gestantes a la ruta y todas cumplen con el criterio de ingreso antes de las 10 semanas de gestación.

SANITAS:



El total de gestantes de Sanitas que ingresaron a la ruta materno perinatal durante el primer trimestre de la gestación fueron 159 gestantes de las cuales 112 gestantes cumplen su criterio de ingreso a la ruta antes de las 10 semanas de gestación, de acuerdo a su clasificación 143 de estas gestantes fueron clasificadas como ALTO RIESGO OBSTETRICO y 24 BAJO RIESGO OBSTETRICO.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 117 de 224

El municipio que presento mayor cantidad de gestantes ingresadas a la ruta materna, fue Arauquita con 66 gestantes durante el primer trimestre de las cuales 39 de las gestantes cumplen con el criterio de ingreso antes de las 10 semanas de gestación, de acuerdo a la valoración médica, todas fueron clasificadas como ALTO RIESGO.

El cumplimiento de este indicador está en 70% para la red hospitalaria de la ESE. El municipio que dio cumplimiento al ingreso de las gestantes antes de las 10 semanas en su totalidad fue Puerto Rondón, quien ingreso durante el primer trimestre 15 gestantes a la ruta y todas cumplen con el criterio de ingreso antes de las 10 semanas de gestación.

ADHERENCIA DE GUIAS Y PROTOCOLOS EN PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

La ESE realiza auditoria de historias clínicas para verificar la adherencia que se tiene con los protocolos, guías y normas establecidos por el Ministerio de Salud, estas auditorias son realizadas de forma mensual por el director(a), Coordinador(a) de Promoción y Prevención, coordinador médico(a) de cada hospital y Centro de Salud, una vez diligenciada la herramienta, es analizada en el Comité de Historias clínicas, implementado los planes de mejoramiento a que haya lugar; durante la vigencia 2023 se estableció que entre los coordinadores médicos de Tame y Arauquita se realice el ejercicio de evaluar historias clínicas entre los pares, para mitigar los sesgos que se puedan presentar.

En la red hospitalaria se tomó una muestra aleatoria de ciento veinte (120) historias clínicas durante el primer trimestre de la vigencia 2023, evaluando mensualmente cinco historias clínicas por IPS con usuarios que presentaron diagnósticos positivos para Hipertensión Arterial y usuarios que asistieron a través de las rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud en los cursos de vida de primera infancia e infancia. La Fuente de información se realizó a través del Formato Evaluación de Historia Clínica de Promoción y Prevención PYM-FO-059 versión 02.

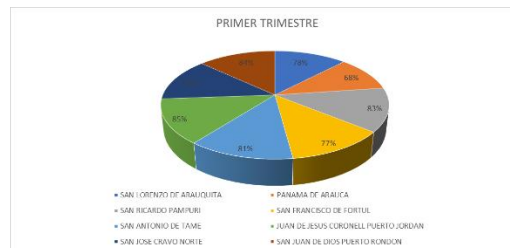
APLICACIÓN GUIA DE MANEJO ESPECIFICA: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

El comportamiento en la evaluación de los programas de Atención de pacientes con Enfermedad Hipertensiva, durante el primer trimestre del año 2023 en la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo fue el siguiente:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 118 de 224

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	
IPS	PRIMER TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	78%
PANAMA DE ARAUCA	68%
SAN RICARDO PAMPURI	83%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	77%
SAN ANTONIO DE TAME	81%
JUAN DE JESUS CORONELL PUERTO JORDAN	85%
SAN JOSE CRAVO NORTE	83%
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	84%

Gráficamente podemos observar:



Se implementó el software salud 360 en toda la red hospitalaria, se observa aun falencias en el diligenciamiento completo de la historia clínica, la cual fue construida con los parámetros establecidos y exigidos por la resolución 3280 de 2018.


Se identifico que no todos los instrumentos requeridos para la atención integral son diligenciados en su totalidad.

Se realiza la solicitud de los laboratorios clínicos completos de acuerdo a periodicidad establecida por la guía de manejo.

Se llevaron a cabo los planes de mejora en cada una de las IPS de la red hospitalaria para incrementar el porcentaje de cumplimiento en estas auditorías, realizadas de manera mensual.

APLICACIÓN GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA DE ATENCION DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Durante el primer trimestre se observa el siguiente comportamiento en la adopción y adaptación a los protocolos y guías de manejo en los cursos de vida de primera infancia e infancia de cada uno de los cursos de vida:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 119 de 224

GUIA CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
IPS	PRIMER TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	89%
PANAMA DE ARAUCA	92%
SAN RICARDO PAMPURI	95%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	96%
SAN ANTONIO DE TAME	84%
JUAN DE JESUS CORONELL PUERTO JORDAN	79%
SAN JOSE CRAVO NORTE	83%
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	88%

Gráficamente se observa:




Se observa que ninguna IPS cumplió al 100% la aplicación de la guía. La IPS que tiene un menor cumplimiento fue el centro de salud Juan de Jesús coronel con 79%; la IPS de mayor cumplimiento fue el Hospital San Francisco de Fortul.

Dentro de las falencias encontradas para el cumplimiento y adherencia a la guía se observa la alta rotación del personal médico, el no diligenciamiento completo de la historia clínica y de los instrumentos que hacen parte de la valoración al menor.

El cumplimiento global para el primer trimestre de la vigencia 2023 para la guía de hipertensión fue del 80% y para la guía de Crecimiento y Desarrollo fue del 88% **ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA CUMPLIMIENTO DE METAS**

La entidad ha venido implementando estrategias para dar cumplimiento a las metas establecidas en los procesos de contratación, ha si mismo se ha fortalecido en el trato humanizado de la prestación de los servicios de salud dando a conocer a los usuarios los derechos y deberes que se tienen; así mismo se han venido implementado las siguientes acciones:

- Disminución trámites administrativos para solicitud de autorizaciones que se requieran: la ESE realice el proceso interno con cada ERA para dar resolutiveidad a estos casos.
- Capacitación continua de la importancia a participar de los programas de DT y PT de manera integral, signos de alarma y beneficios que conlleva el ingreso a cada una de las rutas integrales de atención en salud.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 120 de 224


- Ventanillas preferenciales para la atención de gestantes, post partos, recién nacidos y adultos mayores en cada una de nuestras sedes.
- Demanda inducida efectiva en cada una de las rutas establecidas a través de los veintiún puestos de salud y auxiliares contratadas para realizar esta actividad.
- Seguimiento permanente a los insistentes de los programas, donde se realiza asignaciones de nuevas citas para dar cumplimiento a la periodicidad de cada ruta.
- Existe disponibilidad de agenda para la atención de los usuarios en un tiempo no mayor a 48 horas en los programas de PyM.
- Se oferta diferentes modalidades en la prestación de los servicios de salud, como son:
 - ✚ Intramural
 - ✚ Extramural
 - ✚ Tele consulta
 - ✚ Horarios extendidos entre semana (5:00 p.m. a 7:00 p.m.)
 - ✚ sábados de 8:00 a 12:00 p.m.
- Mensualmente se cumple con la elaboración de los planes de mejoramiento, para cumplir con la adherencia de las guías prácticas clínicas, protocolos y procedimientos establecidos por norma en cada uno de los programas ofertados, los cuales se pueden evidenciar en el formato de auditoría de historias clínicas PYM- FO-059.

Dentro de los comités de PyM se desarrollan planes de mejora en cada uno de los hospitales y centros de salud, donde se plasman estrategias para dar cumplimiento a cada uno de los indicadores medibles, estas se pueden evidenciar en el comité de PyM.

Así mismo se ha fortalecido los procesos de referencia y contrarreferencia en cada una de las zonas rurales a través de la comunicación fluida que hay entre los líderes en salud y los mecanismos de:

- ✓ Traslado asistencial básico primario en toda la red
- ✓ Auxiliares de Enfermería en Puestos de Salud
- ✓ Call Center las 24 horas
- ✓ Trabajo intersectorial y comunicación fluida con Asociación de Usuarios

SUFICIENCIA PERSONAL CONTRATADO PARA ACTIVIDADES DE PYM

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 121 de 224

TALENTO HUMANO PYM								
HOSPITALES	MEDICOS	JEFES	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ODONTOLOGO	HIGIENISTAS	AUXILIARES DE ODONTOLOGIA	CITOHISTOLOGA	BACTERIOLOGOS
HOSPITAL TAME	5	7	10	2	2	2	1	2
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	3	5	15	2	4	0	1	1
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	5	4	14	2	2	0	1	1
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	2	2	4	1	4	0	0	1
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	1	1	4	0	1	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	3	1	3	1	1	1	0	1
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	3	1	3	1	2	0	0	1
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL	1	1	2	0	1	0	0	1
TOTALES	23	22	55	9	17	3	3	8

El total de personal contratado profesionales y tecnólogos para dar cumplimiento a las metas establecidas por las ERA en toda la red es de 140 personas, las cuales están distribuidas por cada una de las sedes.

De acuerdo al análisis realizado para dar cumplimiento con las actividades y metas establecidas del año 2023, se requiere la contratación de 3 médicos, 2 enfermeras, y 3 auxiliares de enfermería. Así mismo hace falta dotación de herramientas tecnológicas (equipos de cómputo, scanner, impresoras, fotocopiadoras) en cada una de las áreas de PyM.


INFORME GESTION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION- PAI.

Actividades a desarrollar:

METAS

- Alcanzar el 95% y más de coberturas en las poblaciones objeto del programa con cada uno de los biológicos que hacen parte del esquema nacional.
- Mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubeola y el síndrome de rubeola congénita, así como, el tétanos neonatal, y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, Haemophilus influenza tipo b, diarreas por rotavirus, tos ferina, parotiditis, influenza, VPH, varicela y COVID-19.
- Cumplir con el ingreso del 100% de la información nominal en el Sistema de Información Nominal PAIWEB en las IPS públicas y privadas que presten o hayan prestado el servicio de vacunación, con criterios de oportunidad y calidad.
- Garantizar el cumplimiento de la cadena de frío, mediante el seguimiento permanente y oportuno de los procedimientos que hacen parte de este componente.

ESTRATEGIAS

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 122 de 224

✓ Desarrollo de capacidades del Talento Humano a cargo del programa de vacunación, acorde a sus competencias y funciones, en los diferentes niveles de atención del orden departamental.

✓ Fortalecimiento de los planes de capacitación del talento humano en salud en todos los hospitales para la apropiación del conocimiento relacionado con el esquema nacional de vacunación, como elemento clave para promover y asegurar la protección en la población objeto del PAI.

✓ Seguimiento por parte de los hospitales a su población que tiene como objeto de la atención, para recuperar coberturas de vacunación en la población objeto del programa, considerando la vacunación como un servicio esencial en salud.

✓ Implementación de las estrategias y tácticas de vacunación sin barreras acorde a las características del territorio y a la condición epidemiológica, que disminuya las oportunidades perdidas y garantice el acceso a la vacunación.

✓ Búsqueda de susceptibles mediante la revisión y análisis de registros en el Sistema de Información Nominal PAIWEB.


✓ Suficiencia y disponibilidad de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional, con oportunidad y calidad.

✓ Fortalecimiento de las alianzas estratégicas con los diferentes actores del desarrollo social, tales como ICBF, líderes sociales, programas de prosperidad social, líderes religiosos, entre otros, que permitan alcanzar los resultados en vacunación.

✓ Fortalecimiento de la gobernanza de las entidades territoriales frente a los diferentes actores del territorio, gobernadores, alcaldes, secretarías de educación, entre otros, en pro del posicionamiento del PAI

✓ Intensificación de estrategias de comunicación dirigidas a la familia y a la comunidad frente a la importancia y seguridad de la vacunación, para aumentar la confianza y promover el acceso de la población.

✓ Cumplimiento de los planes de mejora por cada entidad territorial establecidos conjuntamente con las EAPB, otros actores en salud, la Procuraduría de Infancia y Adolescencia y la Superintendencia Nacional de Salud.

 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 123 de 224

META PROGRAMATICA DEL DANE DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL 2023


Según lo establecido por el ministerio existe una cobertura estipulada por el DANE el cual busca garantizar que cada municipio en donde la ESE MORENO Y CLAVIJO brinda sus servicios del programa de Vacunación sea de un 94.8% garantizando así que toda la población se encuentre cubierta y evitar las enfermedades de interés en salud pública.

La cobertura mensual a alcanzar por mes es de 23.7 % al mes de MARZO para un total anual de 94.8% durante el año 2023.

Municipio	POB. < 1 AÑO Meta 2023	META MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 1 año Meta 2023	META MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 5 años Meta 2023	META MENSUAL	META CUMPLIDA
ARAUQUITA	1001	250,25	215	1014	253,5	247	976	244	200
CRAVO NORTE	87	21,75	21	88	22	19	85	21,25	14
FORTUL	426	106,5	95	430	107,5	88	413	103,25	127
PUERTO RONDON	93	23,25	18,3	89	22,25	20	85	21,25	20
TAME	1019	254,75	151	1058	264,5	209	1015	253,75	164

POBLACION FALTANTE PARA CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2023

Municipio	POB. < 1 AÑO Meta 2023	POB. 1 año Meta 2023	POB. 5 Años Meta 2023	TOTAL
ARAUQUITA	25,2	6	44	75,2
CRAVO NORTE	0,7	3	7,2	10,9
FORTUL	11,5	19,5	0	31
PUERTO RONDON	4,9	2,2	1,2	8,3
TAME	103	55	89	247
TOTAL	145,3	85,7	141,4	372,4

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 124 de 224

En la tabla anterior se puede observar que hay una gran disminución de las coberturas en cuanto a los menores de 1 año de edad, de un año y menores de 5 años ya que en todos los municipios se presentan dificultades en tanto a la BCG que es la primera dosis que se debe aplicar a los menores recién nacido, pero cabe resaltar en los municipios con baja meta poblacional no se presentan partos dentro de la institución motivo por el cual se observa caído el indicador.

Los niños menores de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud quedando con un 76.2% faltando un 23.8% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios sería de 145.3 usuarios pendientes

Los niños de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud quedando con un 87.5% faltando un 12.5% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios sería de 85.7 usuarios pendientes


Los niños de 5 años que cuentan con refuerzos la mayor parte son de gran dificultad para completar el esquema ya que los menores se trasladan a otros municipios y es allí donde se pierde la continuidad del esquema dentro de las coberturas dando no cumplimiento a las establecidas por el ministerio de salud quedando con un 81.5 % faltando un 18.5% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios sería de 97 usuarios pendientes.

RESULTADOS:

MUNICIPIO DE TAME

El municipio de Tame conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI	SISTEMA DE INFORMACION
TAME	7	1	1	1	3

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 125 de 224

TAME	MARZO	2023	23,7	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
			ENERO	7,9
BCG < 1año Unica	7,5	0,0	FEBRERO	15,8
VOP< 1año 3ra	14,9	0,0	MARZO	23,7
DPT< 1año 3ra	14,7	0,0	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	14,9	0,0	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	14,5	0,0	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	19,6	0,0	JULIO	55,3
HEPATITIS A	19,5	0,0	AGOSTO	63,2
VOP 1 RF 18 MESES	17,0	0,0	SEPTIEMBRE	71,1
DPT 1 RF 18 MESES	17,0	0,0	OCTUBRE	79,0
VOP 2 RF 5 AÑOS	16,3	0,0	NOVIEMBRE	86,9
DPT 2 RF 5 AÑOS	16,2	0,0	DICIEMBRE	94,8
SRP(TV) 2 RF 5 AÑOS	16,5	0,0		

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de marzo son del 23.3 %, para este primer trimestre la meta programática es del 23.7% motivo por el cual no cumplió el primer trimestre.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	18.5	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	22.7	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	27.7	SI

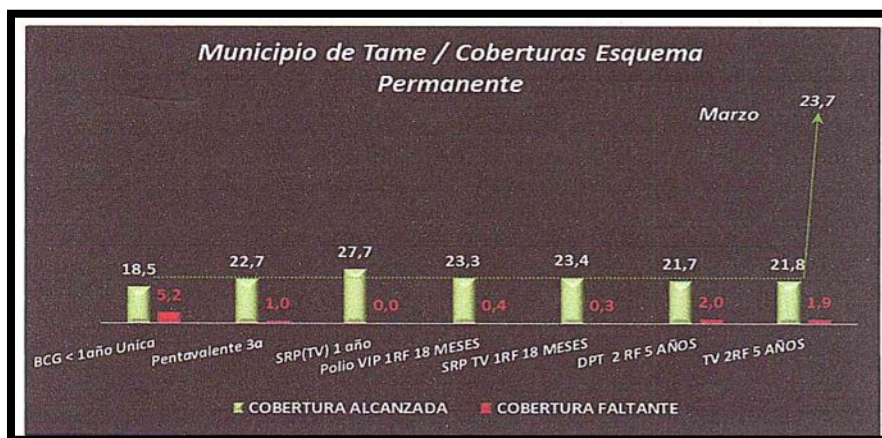
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	23.3	NO
TRIPLE VIRAL	23.4	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	21.7	NO
TRIPLE VIRAL	21.8	NO

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE



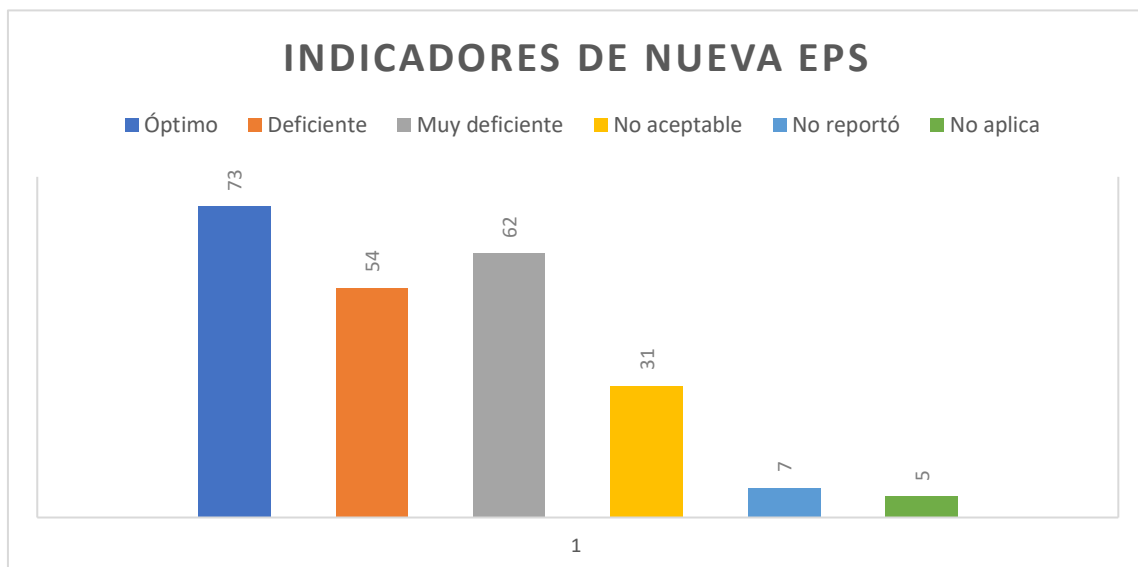
La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo de 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en cuanto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, terceras de pentavalente, con los refuerzos de 18 meses polio VIP y triple viral y en los segundos refuerzos de 5 años DPT y triple viral, por lo tanto, es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunación.

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y meta asignada siendo esta a nivel general del 23.7, con corte al 31 de Marzo del 2023 fue del 23.3 % quedando como cobertura faltante un 0.4%

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

Óptimo	73.1 %
Deficiente	53.6 %
Muy deficiente	61.5 %
No aceptable	31.3 %
No reportó	7 %
No aplica	5.3 %




Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta óptimo el 73.1% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

Indicadores PYP HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME - Febrero 2023		Indicador IPS	Óptimo	90% al 100%
Versión: Definitivo - Fecha de emisión: 20/04/2023 08:51 AM		60.4%	Deficiente	80% al 89%
		Muy deficiente	Muy deficiente	60% al 79%
			No aceptable	Menor al 60%
			No reportó	0%
			No aplica	N/A

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Vacunación	RPYMS34	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	1,072	1,268	84.5%	90%	Deficiente
Vacunación	RPYMS90	Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	305	1,395	21.8%	30%	Muy deficiente
Vacunación	RPYMS91	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	191	3,056	6.2%	40%	No aceptable
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	6	20	30%	90%	No aceptable
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	42	1,108	3.7%	20%	No aceptable
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	90	147	61.2%	90%	Muy deficiente
Vacunación	RPYMS107	Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de	130	198	65.6%	90%	Muy deficiente


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 128 de 224

En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE ARAUQUITA

El municipio de Arauquita conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIOS	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
ARAUQUITA	5	2	1	1
PANAMA	0	1		
PAMPURI	0	1		
PUERTO JORDAN	0	2		
ARAUQUITA	MARZO	2023	23.7	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
META ANUAL	100		ENERO	7,9
BCG < 1año Única	17,9	-9,98	FEBRERO	15,8
VIP < 1año 3ra	21,4	-13,48	MARZO	23,7
HIB < 1año 3ra	21,5	-13,58	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	23,3	-15,38	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	23,2	-15,28	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Única	23,6	-15,67	JULIO	55,3
HEPATITIS A	25,0	-17,15	AGOSTO	63,2
VIP 1 RF 18 MESES	20,0	-12,12	SEPTIEMBRE	71,1

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 129 de 224

HIV 1 RF 18 MESES	19,4	-11,53	OCTUBRE	79,0
SRP(TV) 2 RF 18 MESES	21,8	-13,92	NOVIEMBRE	86,9
VOP 2 RF 5 AÑOS	21,2	-13,31	DICIEMBRE	94,8
DPT 2 RF 5 AÑOS	20,6	-12,69		
VARICELA 2 REF % AÑOS	19,8	-11,87		

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de marzo son del 20.6 %, para este primer trimestre la meta programática es del 23.7% motivo por el cual no cumplió el primer trimestre.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	15.4	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	21.5	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	23.6	NO


Niños y niñas de los 18 meses:

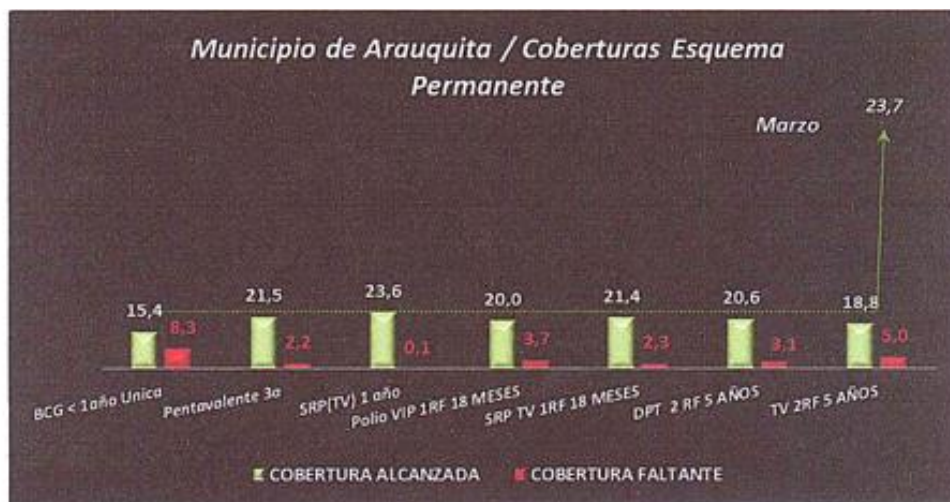
INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	20.0	NO
TRIPLE VIRAL	21.4	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	20.6	NO
TRIPLE VIRAL	18.8	NO

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 130 de 224



INFORME GESTION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION- PAI.


Actividades a desarrollar:

METAS

- Alcanzar el 95% y más de coberturas en las poblaciones objeto del programa con cada uno de los biológicos que hacen parte del esquema nacional.
- Mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubeola y el síndrome de rubeola congénita, así como, el tétanos neonatal, y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, Haemophilus influenza tipo b, diarreas por rotavirus, tos ferina, parotiditis, influenza, VPH, varicela y COVID-19.
- Cumplir con el ingreso del 100% de la información nominal en el Sistema de Información Nominal PAIWEB en las IPS públicas y privadas que presten o hayan prestado el servicio de vacunación, con criterios de oportunidad y calidad.
- Garantizar el cumplimiento de la cadena de frío, mediante el seguimiento permanente y oportuno de los procedimientos que hacen parte de este componente.

ESTRATEGIAS

✓ Desarrollo de capacidades del Talento Humano a cargo del programa de vacunación, acorde a sus competencias y funciones, en los diferentes niveles de atención del orden departamental.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 131 de 224

✓ Fortalecimiento de los planes de capacitación del talento humano en salud en todos los hospitales para la apropiación del conocimiento relacionado con el esquema nacional de vacunación, como elemento clave para promover y asegurar la protección en la población objeto del PAI.

✓ Seguimiento por parte de los hospitales a su población que tiene como objeto de la atención, para recuperar coberturas de vacunación en la población objeto del programa, considerando la vacunación como un servicio esencial en salud.

✓ Implementación de las estrategias y tácticas de vacunación sin barreras acorde a las características del territorio y a la condición epidemiológica, que disminuya las oportunidades perdidas y garantice el acceso a la vacunación.

✓ Búsqueda de susceptibles mediante la revisión y análisis de registros en el Sistema de Información Nominal PAIWEB.

✓ Suficiencia y disponibilidad de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional, con oportunidad y calidad.

✓ Fortalecimiento de las alianzas estratégicas con los diferentes actores del desarrollo social, tales como ICBF, líderes sociales, programas de prosperidad social, líderes religiosos, entre otros, que permitan alcanzar los resultados en vacunación.


✓ Fortalecimiento de la gobernanza de las entidades territoriales frente a los diferentes actores del territorio, gobernadores, alcaldes, secretarías de educación, entre otros, en pro del posicionamiento del PAI

✓ Intensificación de estrategias de comunicación dirigidas a la familia y a la comunidad frente a la importancia y seguridad de la vacunación, para aumentar la confianza y promover el acceso de la población.

✓ Cumplimiento de los planes de mejora por cada entidad territorial establecidos conjuntamente con las EAPB, otros actores en salud, la Procuraduría de Infancia y Adolescencia y la Superintendencia Nacional de Salud.

META PROGRAMATICA DEL DANE DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL 2023

Según lo establecido por el ministerio existe una cobertura estipulada por el DANE el cual busca garantizar que cada municipio en donde la ESE MORENO Y CLAVIJO brinda sus servicios del programa de Vacunación sea de un 94.8% garantizando así que toda la población se encuentre cubierta y evitar las enfermedades de interés en salud pública.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 132 de 224

La cobertura mensual a alcanzar por mes es de 23.7 % al mes de MARZO para un total anual de 94.8% durante el año 2023.


Municipio	POB. < 1 AÑO Meta 2023	META MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 1 año Meta 2023	META MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 5 años Meta 2023	META MENSUAL	META CUMPLIDA
ARAUQUITA	1001	250,25	215	1014	253,5	247	976	244	200
CRAVO NORTE	87	21,75	21	88	22	19	85	21,25	14
FORTUL	426	106,5	95	430	107,5	88	413	103,25	127
PUERTO RONDON	93	23,25	18,3	89	22,25	20	85	21,25	20
TAME	1019	254,75	151	1058	264,5	209	1015	253,75	164

POBLACION FALTANTE PARA CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2023

Municipio	POB. < 1 AÑO Meta 2023	POB. 1 año Meta 2023	POB. 5 Años Meta 2023	TOTAL
ARAUQUITA	25,2	6	44	75,2
CRAVO NORTE	0,7	3	7,2	10,9
FORTUL	11,5	19,5	0	31
PUERTO RONDON	4,9	2,2	1,2	8,3
TAME	103	55	89	247
TOTAL	145,3	85,7	141,4	372,4

En la tabla anterior se puede observar que hay una gran disminución de las coberturas en cuanto a los menores de 1 año de edad, de un año y menores de 5 años ya que en todos los municipios se presentan dificultades en tanto a la BCG que es la primera dosis que se debe aplicar a los menores recién nacido, pero cabe resaltar en los municipios con baja meta poblacional no se presentan partos dentro de la institución motivo por el cual se observa caído el indicador.

Los niños menores de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud quedando con un 76.2% faltando un

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 133 de 224

23.8% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 145.3 usuarios pendientes

Los niños de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud quedando con un 87.5% faltando un 12.5% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 85.7 usuarios pendientes

Los niños de 5 años que cuentan con refuerzos la mayor parte son de gran dificultad para completar el esquema ya que los menores se trasladan a otros municipios y es allí donde se pierde la continuidad del esquema dentro de las coberturas dando no cumplimiento a las establecidas por el ministerio de salud quedando con un 81.5 % faltando un 18.5% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 97 usuarios pendientes.

RESULTADOS:

MUNICIPIO DE TAME

El municipio de Tame conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI	SISTEMA DE INFORMACION
TAME	7	1	1	1	3

TAME	MARZO	2023	23,7	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
			ENERO	7,9
BCG < 1año Unica	7,5	0,0	FEBRERO	15,8
VOP< 1año 3ra	14,9	0,0	MARZO	23,7
DPT< 1año 3ra	14,7	0,0	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	14,9	0,0	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	14,5	0,0	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	19,6	0,0	JULIO	55,3

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 134 de 224

HEPATITIS A	19,5	0,0	AGOSTO	63,2
VOP 1 RF 18 MESES	17,0	0,0	SEPTIEMBRE	71,1
DPT 1 RF 18 MESES	17,0	0,0	OCTUBRE	79,0
VOP 2 RF 5 AÑOS	16,3	0,0	NOVIEMBRE	86,9
DPT 2 RF 5 AÑOS	16,2	0,0	DICIEMBRE	94,8
SRP(TV) 2 RF 5 AÑOS	16,5	0,0		

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de marzo son del 23.3 %, para este primer trimestre la meta programática es del 23.7% motivo por el cual no cumplió el primer trimestre.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	18.5	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	22.7	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	27.7	SI

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	23.3	NO
TRIPLE VIRAL	23.4	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	21.7	NO
TRIPLE VIRAL	21.8	NO

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 135 de 224

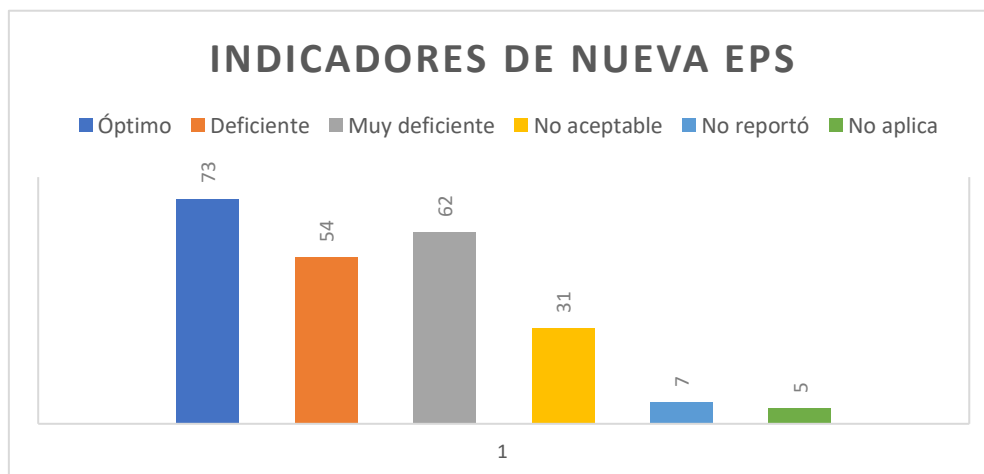
La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo de 2023, el municipio no ha alcanzandp la meta en cuanto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos,terceras de pentavalente, con los refuerzos de 18 meses polio VIP y triple viral y en los segundos refuerzos de 5 años DPT y triple viral, por lo tanto, es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunación.


Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta asignada siendo esta a nivel general del 23.7, con corte al 31 de Marzo del 2023 fue del 23.3 % quedando como cobertura faltante un 0.4%

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

Óptimo	73.1 %
Deficiente	53.6 %
Muy deficiente	61.5 %
No aceptable	31.3 %
No reportó	7 %
No aplica	5.3 %



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 136 de 224

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 73.1% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.


INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE ARAUQUITA

El municipio de Arauquita conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIOS	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
ARAUQUITA	5	2	1	1
PANAMA	0	1		
PAMPURI	0	1		
PUERTO JORDAN	0	2		
ARAUQUITA	MARZO	2023	23.7	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
META ANUAL	100		ENERO	7,9
BCG < 1año Única	17,9	-9,98	FEBRERO	15,8
VIP< 1año 3ra	21,4	-13,48	MARZO	23,7
HIB< 1año 3ra	21,5	-13,58	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	23,3	-15,38	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	23,2	-15,28	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Única	23,6	-15,67	JULIO	55,3
HEPATITIS A	25,0	-17,15	AGOSTO	63,2
VIP 1 RF 18 MESES	20,0	-12,12	SEPTIEMBRE	71,1
HIV 1 RF 18 MESES	19,4	-11,53	OCTUBRE	79,0
SRP(TV) 2 RF 18 MESES	21,8	-13,92	NOVIEMBRE	86,9
VOP 2 RF 5 AÑOS	21,2	-13,31	DICIEMBRE	94,8

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 137 de 224

DPT 2 RF 5 AÑOS	20,6	-12,69		
VARICELA 2 REF % AÑOS	19,8	-11,87		

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de marzo son del 20.6 %, para este primer trimestre la meta programática es del 23.7% motivo por el cual no cumplió el primer trimestre.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	15.4	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	21.5	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	23.6	NO

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	20.0	NO
TRIPLE VIRAL	21.4	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	20.6	NO
TRIPLE VIRAL	18.8	NO

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 138 de 224

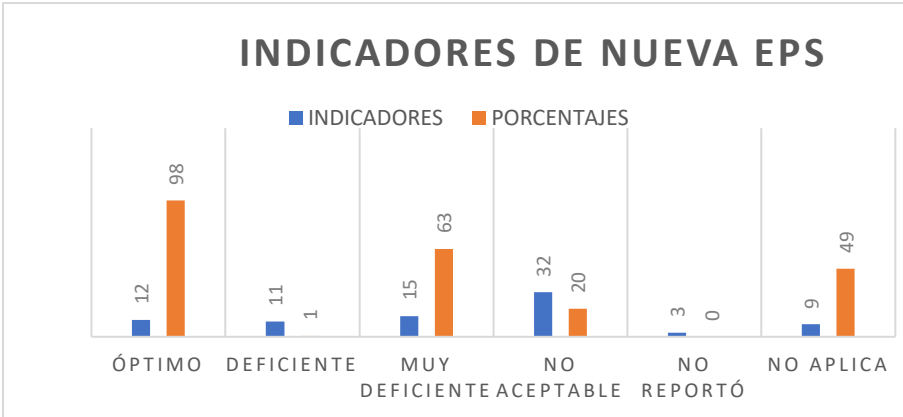



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, terceras de pentavalente. En los refuerzos de 18 meses polio VIP y en los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la chorte de menores para indentificar aquellos que auun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunacion.

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta asignada siendo esta a nivel general del 23.7, con corte al 31 de Marzo del 2023 fue del 20.6 % quedando como cobertura faltante un 3.1

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:



 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 139 de 224

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 98% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE CRAVO NORTE

El municipio de Cravo norte conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
CRAVO NORTE	3	0	1	1

ARAUCA	CRAVO NORTE	2023	23.7%	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
META ANUAL	95		ENERO	7,9
BCG < 1año Unica	2,5%		FEBRERO	15,8
VOP< 1año 3ra	25,9%		MARZO	23,7
DPT< 1año 3ra	25,9%		ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	21,0%		MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	21,0%		JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	21,8%		JULIO	55,3
FIEBRE AMARILLA	52,9%		AGOSTO	63,2
HEPATITIS A	21,8%		SEPTIEMBRE	71,1
VOP 1 RF 18 MESES	25,3%		OCTUBRE	79,0
DPT 1 RF 18 MESES	25,3%		NOVIEMBRE	86,9
VOP 2 RF 5 AÑOS	16,5%		DICIEMBRE	94,8

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 140 de 224

DPT 2 RF 5 AÑOS	16,5%			
SRP(TV) 2 RF 5 AÑOS	16,5%			

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de marzo son del 20.6 %, para este primer trimestre la meta programática es del 23.7% motivo por el cual no cumplió el primer trimestre.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	6.9	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	24.1	SI

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	23.9	SI

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	23.9	SI
TRIPLE VIRAL	22.7	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	16.5	NO
TRIPLE VIRAL	16.5	NO

GRAFICA DE COBERTURAS



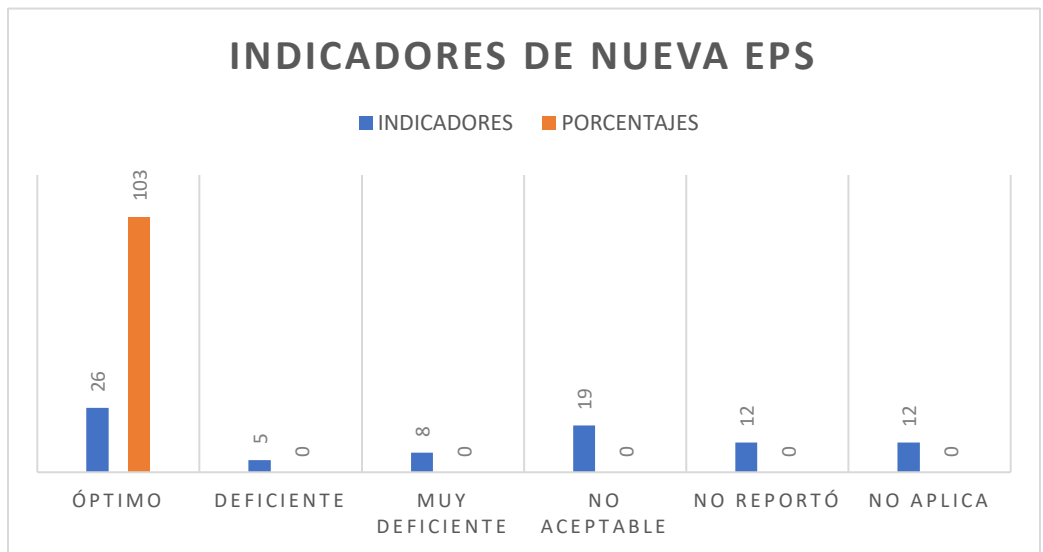
	INDICADORES	PORCENTAJES
Óptimo	26	103%
Deficiente	5	84.4%
Muy deficiente	8	53.7%
No aceptable	19	26.6%
No reportó	12	0%
No aplica	12	0%


La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, con los refuerzos de 18 meses triple viral y en los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para indentificar aquellos que auun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunacion.

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta asignada siendo esta a nivel general del 23.7, con corte al 31 de Marzo del 2023 fue del 19.8 % quedando como cobertura faltante un 3.9%.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 142 de 224

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 98% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

Indicadores PYP HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE - Febrero 2023					Indicador IPS		Óptimo	90% al 100%
Versión: Definitivo - Fecha de emisión: 20/04/2023 08:51 AM					61.5%		Deficiente	80% al 89%
					Muy deficiente		Muy deficiente	60% al 79%
							No aceptable	Menor al 60%
							No reportó	0%
							No aplica	N/A

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Vacunación	RPYMS34	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	262	272	96.3%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS90	Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	134	254	52.7%	30%	Óptimo
Vacunación	RPYMS91	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	81	668	12.1%	40%	No aceptable
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	3	5	60%	90%	Muy deficiente
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	22	408	5.3%	20%	No aceptable
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	26	26	100%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS107	Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	35	41	85.3%	90%	Deficiente
Vacunación	RPYMS223	Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	29	673	4.3%	50%	No aceptable
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	377	2.654	14.2%	50%	No aceptable

En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE FORTUL

El municipio de Fortul conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
FORTUL	7	0	1	1

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y

meta asignada siendo esta a nivel general del 23.7%, con corte al 31 de Marzo del 2023 es del 21.7 %.

		COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE
META %		23,7	
DOSIS APLICADAS <1 AÑO	B.C.G. / R.N	16,9	6,8
	HB	16,9	6,8
	NEUMO 1RA	21,4	2,3
	ROTAX 1RA	21,0	2,7
	PENTA 1RA	21,0	2,7
	VIP 1RA	21,0	2,7
	NEUMO 2DA	21,0	2,7
	ROTAX 2DA	20,5	3,2
	PENTA 2DA	21,0	2,7
	VIP 2DA	21,0	2,7
	PENTA 3RA	21,2	2,5
	VIP 3RA	21,0	2,7
	DOSIS APLICADAS 1 AÑO	TRIPLE VIRAL	19,0
NEUMOCOCO REF		18,8	4,9
HEPATITIS A		19,2	4,5
VARICELA		19,2	4,5
FIBRE AMARILLA		19,7	4,0
18-23 MESES	DPT R1	0,7	0,7
	VIP REF	23,7	
	TRIPLE VIRAL R2	35,0	11,3
	PENTA REF	22,8	0,9
DOSIS 5 AÑOS	DPT R2	31,5	7,8
	TRIPLE VIRAL R2	36,6	12,9
	VOP R2	31,7	8,0
OTRAS	VPH	19,8	3,9
	DPT AC-GESTA	12,9	10,8

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta asignada siendo esta a nivel general del 94.8%, con corte al 31 de Marzo del 2023 fue del 21.7% faltando 2%.

El municipio de fortul a nivel general queda con una cobertura de un 21.7% quedando con una cobertura inferior a la meta establecida para el primer trimestre

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	17.8	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	22.5	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	20.2	NO

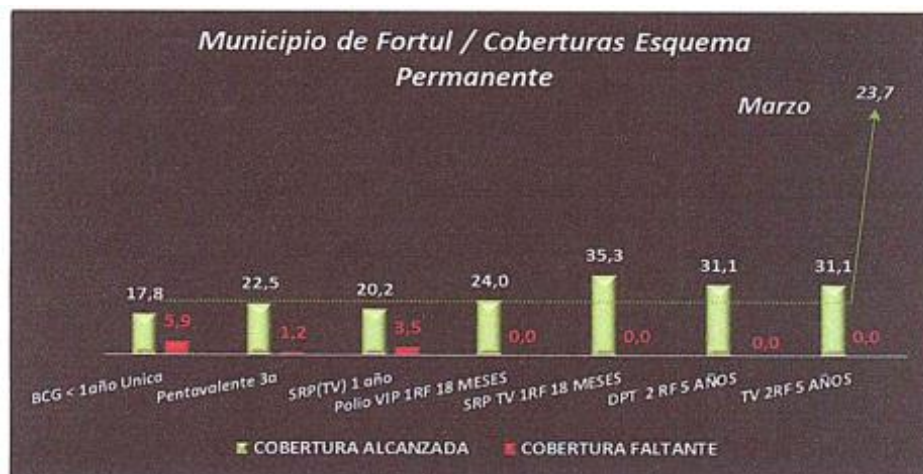
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	24	SI
TRIPLE VIRAL	35.3	SI

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	31.1	SI
TRIPLE VIRAL	31.1	SI

GRAFICA DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE FORTUL



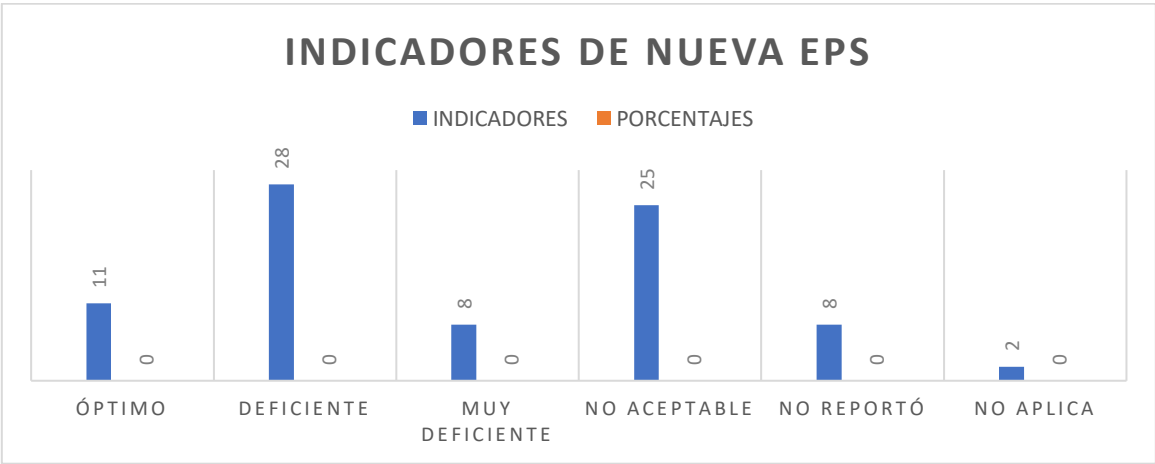
La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, terceras de pentavalente. Con los trazadores de un año Triple viral.


Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para indentificar aquellos que auun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunacion.

	INDICADORES	PORCENTAJES
Óptimo	11	90.5
Deficiente	28	83.8
Muy deficiente	8	64.5
No aceptable	25	20.4
No reportó	8	0
No aplica	2	0

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 146 de 224

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 90.5% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

Indicadores PYP HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL - Febrero 2023		Indicador IPS	Óptimo	90% al 100%
		67.8%	Deficiente	80% al 89%
Versión: Definitivo - Fecha de emisión: 20/04/2023 08:51 AM		Muy deficiente	Muy deficiente	60% al 79%
			No aceptable	Menor al 60%
			No reportó	0%
			No aplica	N/A


Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Vacunación	RPYMS34	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	480	485	98.9%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS90	Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	74	592	12.5%	30%	No aceptable
Vacunación	RPYMS91	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	173	1,250	13.8%	40%	No aceptable
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	5	6	83.3%	90%	Deficiente
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	17	421	4%	20%	No aceptable
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	62	63	98.4%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS107	Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	61	64	95.3%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS223	Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	458	759	60.3%	50%	Óptimo
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	1,974	4,478	44%	50%	Deficiente

Teniendo en cuenta los trazadores asignados por SANITAS y de acuerdo a los resultados obtenidos durante el primer trimestre de 2023, se evidencia el comportamiento de las coberturas de vacunación que presenta indicadores en optimo y 3 en no aceptable motivo por el cual se solicita un plan de choque a la institución para aumentar el porcentaje de los indicadores.

MUNICIPIO DE RONDON

El municipio de Puerto Rondón conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
PUERTO RONDON	2	0	1	1

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 147 de 224

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta asignada siendo esta a nivel general del 23.7%, con corte al 31 de Marzo del 2023 fue del 21.2% faltando para cumpli la meta de 2.5%

ARAUCA	MARZO	2023	23,7	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
META ANUAL	100	0	ENERO	7,9
BCG < 1año Unica	12,1	11,6	FEBRERO	15,8
VIP< 1año 3ra	18,3	5,4	MARZO	23,7
DPT< 1año 3ra	18,3	5,4	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	17,2	6,5	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	15,1	8,6	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	21,5	2,2	JULIO	55,3
HEPATITIS A	21,5	2,2	AGOSTO	63,2
VIP 1 RF 18 MESES	22,6	1,1	SEPTIEMBRE	71,1
PENTAVALENTE 1 RF 18 MESES	22,6	1,1	OCTUBRE	79
VOP 2 RF 5 AÑOS	22,0	1,7	NOVIEMBRE	86,9
DPT 2 RF 5 AÑOS	22,0	1,7	DICIEMBRE	94,8
SRP(TV) 2 RF 18 MESES	24,2	-0,5		

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	17.6	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	18.6	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	22	NO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 148 de 224

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	23.1	NO
TRIPLE VIRAL	23.1	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	22	NO
TRIPLE VIRAL	22	NO

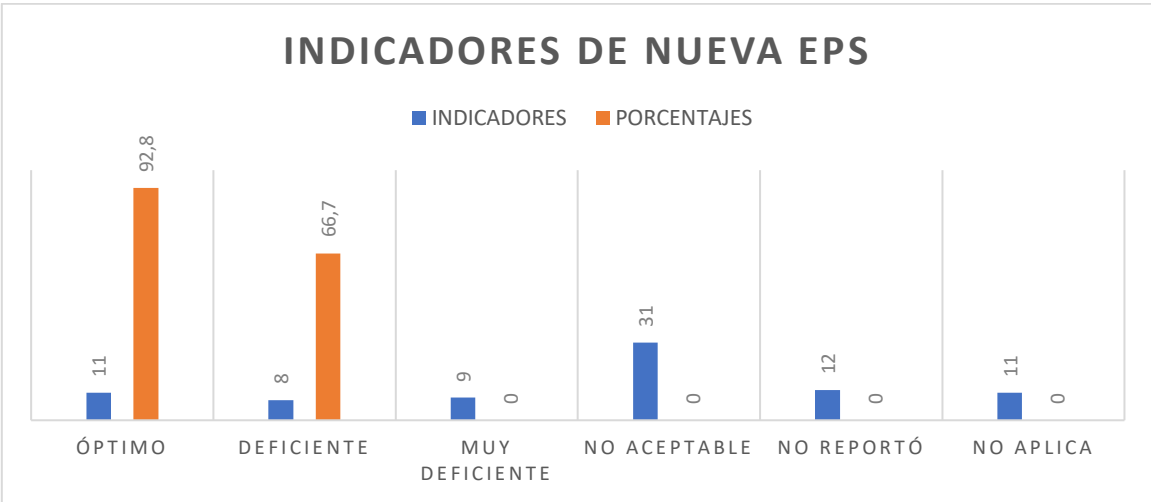
GRAFICO DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO RONDON



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en cuanto a los trazadores menores de un año con BCG recién, tercera de pentavalentes. En trazadores de un año triple viral, con los refuerzos de 18 meses, Polio VIP y triple, con los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aun no han sido vacunados y poder completar su esquema de vacunación.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:



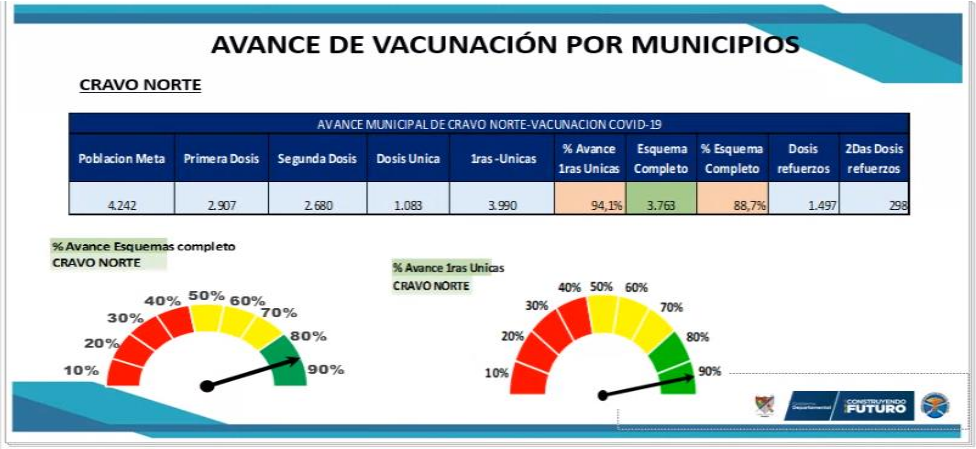
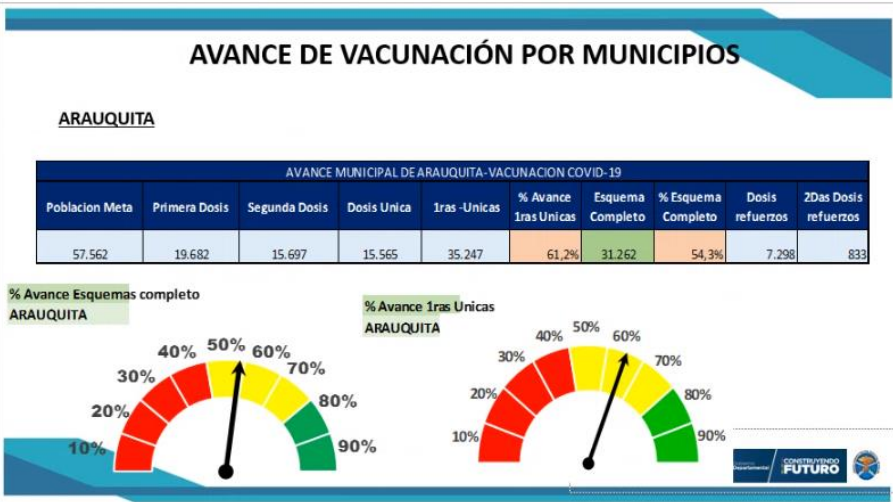
Para el Primer trimestre del 2023, la EPS NUEVA EPS se puede observar que para esta empresa los indicadores de cumplimiento en su mayoría terminaron siendo deficientes generando un cumplimiento entre 90 - 56% dando a entender que se debe realizar más demanda inducida en el programa, generar más búsquedas activas de los usuarios pero también de solicitar una actualización de las bases de datos de los usuarios ya que en ocasiones no se cuenta con los datos correctos de los beneficiarios generando una barrera entre los usuarios y la IPS

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

Indicadores PYP HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDON - Febrero 2023						Indicador IPS	Optimo	90% al 100%
						67.2%	Deficiente	80% al 89%
Versión: Definitivo - Fecha de emisión: 20/04/2023 08:51 AM						Muy deficiente	Muy deficiente	60% al 79%
							No aceptable	Menor al 60%
							No reportó	0%
							No aplica	N/A
Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad	
Vacunación	RPYMS34	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	341	386	88.3%	90%	Deficiente	
Vacunación	RPYMS90	Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	112	358	31.2%	30%	Óptimo	
Vacunación	RPYMS91	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	353	842	41.9%	40%	Óptimo	
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	1	1	100%	90%	Óptimo	
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	91	404	22.5%	20%	Óptimo	
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses, 29 días)	32	56	57.1%	90%	Muy deficiente	
Vacunación	RPYMS107	Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	44	58	75.8%	90%	Deficiente	
Vacunación	RPYMS223	Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	30	710	4.2%	50%	No aceptable	
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	522	3,178	16.4%	50%	No aceptable	

Teniendo en cuenta los trazadores asignados por SANITAS y de acuerdo a los resultados obtenidos durante el primer trimestre de 2023, se evidencia el comportamiento de las coberturas de vacunación que presenta indicadores en optimo y 2 en no aceptable motivo por el cual se solicita un plan de choque a la institución para aumentar el porcentaje de los indicadores.

COBERTURAS DE COVID -19 A NIVEL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL PRIMER TRIMESTRE DEL 2023



AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

FORTUL

AVANCE MUNICIPAL DE FORTUL-VACUNACION COVID-19									
Poblacion Meta	Primera Dosis	Segunda Dosis	Dosis Unica	1ras-Unicas	% Avance 1ras Unicas	Esquema Completo	% Esquema Completo	Dosis refuerzos	2Das Dosis refuerzos
20.629	11.454	10.010	3.050	14.504	70,3%	13.060	63,3%	3.928	392



AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

PUERTO RONDÓN

AVANCE MUNICIPAL DE PUERTO RONDON-VACUNACION COVID-19									
Poblacion Meta	Primera Dosis	Segunda Dosis	Dosis Unica	1ras-Unicas	% Avance 1ras Unicas	Esquema Completo	% Esquema Completo	Dosis refuerzos	2Das Dosis refuerzos
5.036	3.107	2.743	1.542	4.649	92,3%	4.285	85,1%	2.225	564

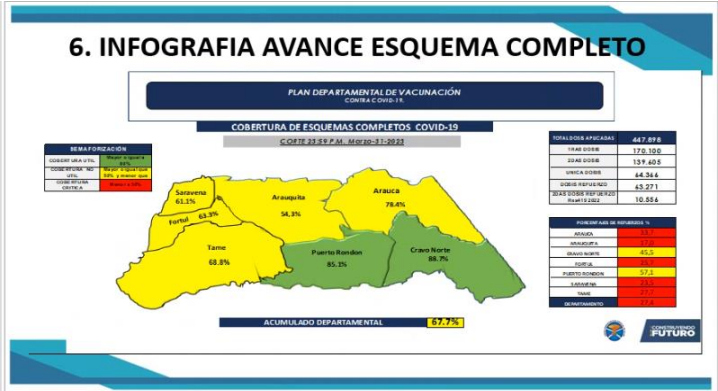


AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

TAME

AVANCE MUNICIPAL DE TAME-VACUNACION COVID-19									
Poblacion Meta	Primera Dosis	Segunda Dosis	Dosis Unica	1ras-Unicas	% Avance 1ras Unicas	Esquema Completo	% Esquema Completo	Dosis refuerzos	2Das Dosis refuerzos
50.138	29.997	24.829	9.548	39.545	79,1%	34.477	68,8%	10.395	1.785





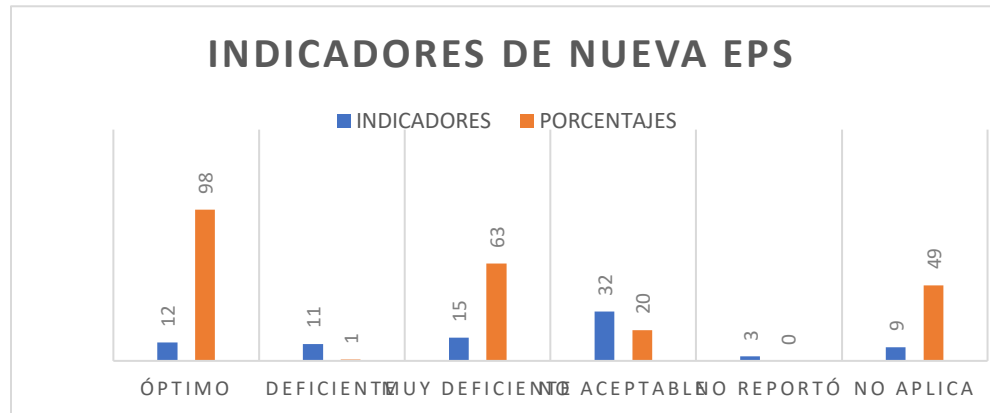
5. AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 16 A 19 AÑOS

Población de 16 a 19 Años

MUNICIPIOS	Mejor	Primera dosis	Segunda dosis	Única dosis	Dosis refuerzo	Segunda dosis refuerzo Res 419 2022	AVANCES 1RAS/UNICAS	ESQUEMAS COMPLETOS	% AVANCES 1RAS /UNICAS	% ESQUEMAS COMPLETOS
Arauca	6.967	5.154	3.797	1.208	1.334	50	6.344	5.005	91,1	71,8
Araucaita	4.343	1.393	1.066	891	384	16	2.282	1.957	52,5	45,1
Cravo Norte	287	157	158	94	100	14	251	252	87,5	87,8
Fortal	1.541	402	429	276	330	17	678	705	44,0	45,7
Puerto Rondon	345	162	171	111	168	16	273	282	79,1	81,7
Saravena	4.740	1.862	1.477	1.575	779	88	3.431	3.052	72,4	64,4
Tame	3.736	1.889	1.472	654	615	51	2.535	2.126	67,9	56,9
Departamento	21.959	11.019	8.570	4.809	3.710	252	15.794	13.378	71,9	60,9



De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:




Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta óptimo el 98% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

Indicadores PYP HOSPITAL SAN LORENZO - Febrero 2023				Indicador IPS	70.9%	Óptimo	90% al 100%
Versión: Definitivo - Fecha de emisión: 20/04/2023 08:51 AM				Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente	80% al 89%
						No aceptable	Menor al 60%
						No reportó	0%
						No aplica	N/A
Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Vacunación	RPYMS34	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	855	876	97.6%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS90	Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	376	1,035	36.3%	30%	Óptimo
Vacunación	RPYMS91	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	859	2,080	41.2%	40%	Óptimo
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	16	16	100%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	41	917	4.4%	20%	No aceptable
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	63	83	75.9%	90%	Deficiente
Vacunación	RPYMS107	Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	139	139	100%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS223	Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	22	1,518	1.4%	50%	No aceptable
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	153	7,807	1.9%	50%	No aceptable

En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 154 de 224

los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE CRAVO NORTE

El municipio de Cravo norte conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
CRAVO NORTE	3	0	1	1

ARAUCA	CRAVO NORTE	2023	23.7%	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
META ANUAL	95		ENERO	7,9
BCG < 1año Unica	2,5%		FEBRERO	15,8
VOP< 1año 3ra	25,9%		MARZO	23,7
DPT< 1año 3ra	25,9%		ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	21,0%		MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	21,0%		JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	21,8%		JULIO	55,3
FIEBRE AMARILLA	52,9%		AGOSTO	63,2
HEPATITIS A	21,8%		SEPTIEMBRE	71,1
VOP 1 RF 18 MESES	25,3%		OCTUBRE	79,0
DPT 1 RF 18 MESES	25,3%		NOVIEMBRE	86,9
VOP 2 RF 5 AÑOS	16,5%		DICIEMBRE	94,8
DPT 2 RF 5 AÑOS	16,5%			
SRP(TV) 2 RF 5 AÑOS	16,5%			

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de marzo son del 20.6 %, para este primer trimestre la meta programática es del 23.7% motivo por el cual no cumplió el primer trimestre.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	6.9	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	24.1	SI

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	23.9	SI

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	23.9	SI
TRIPLE VIRAL	22.7	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	16.5	NO
TRIPLE VIRAL	16.5	NO

GRAFICA DE COBERTURAS



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, con los refuerzos de 18 meses triple viral y en los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para

identificar aquellos que aun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunacion.

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta

siendo nivel del 23.7, al 31 de del 2023 19.8 %

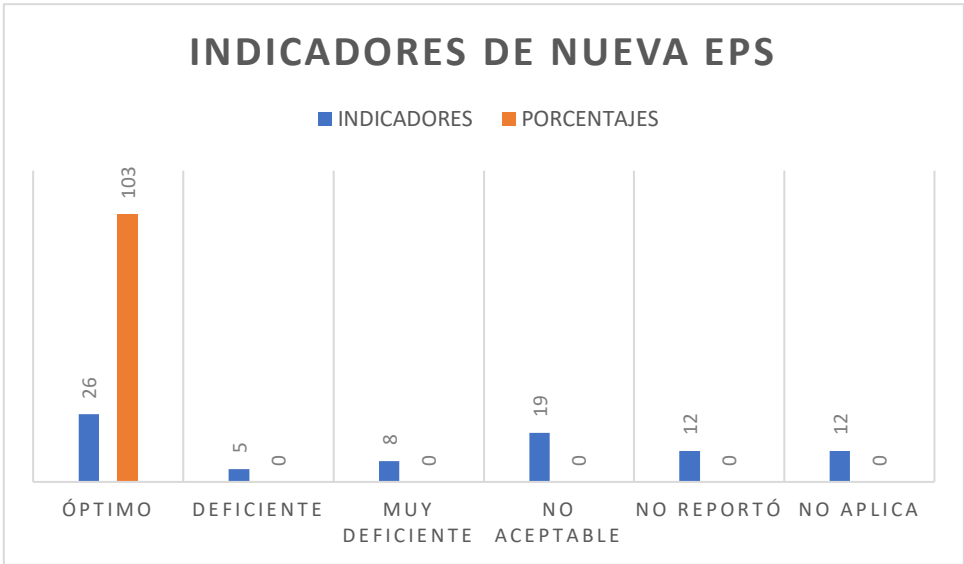
	INDICADORES	PORCENTAJES
Óptimo	26	103%
Deficiente	5	84.4%
Muy deficiente	8	53.7%
No aceptable	19	26.6%
No reportó	12	0%
No aplica	12	0%


asiganda esta a general con corte Marzo fue del

quedando como cobertura faltante un 3.9%.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:



 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 157 de 224

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta óptimo el 98% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

Indicadores PYP HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE - Febrero 2023						Indicador IPS	Óptimo	90% al 100%
Versión: Definitivo - Fecha de emisión: 20/04/2023 08:51 AM						61.5%	Deficiente	80% al 89%
						Muy deficiente	Muy deficiente	60% al 79%
							No aceptable	Menor al 60%
							No reportó	0%
							No aplica	N/A

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Vacunación	RPYMS34	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	262	272	96.3%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS90	Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	134	254	52.7%	30%	Óptimo
Vacunación	RPYMS91	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	81	668	12.1%	40%	No aceptable
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	3	5	60%	90%	Muy deficiente
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	22	408	5.3%	20%	No aceptable
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses, 29 días)	26	26	100%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS107	Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	35	41	85.3%	90%	Deficiente
Vacunación	RPYMS223	Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	29	673	4.3%	50%	No aceptable
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	377	2.654	14.2%	50%	No aceptable


En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable motivo por el cual se solicita al hospital generar estrategias para aumentar el proceso de los indicadores y aumentar los muy deficientes para tratar de disminuir las glosas que se generar por la falta de cumplimiento.

MUNICIPIO DE FORTUL

El municipio de Fortul conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
FORTUL	7	0	1	1

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 158 de 224

meta asignada siendo esta a nivel general del 23.7%, con corte al 31 de Marzo del 2023 es del 21.7 % .

		COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE
META %		23,7	
DOSIS APLICADAS <1 AÑO	B.C.G. / R.N	16,9	6,8
	HB	16,9	6,8
	NEUMO 1RA	21,4	2,3
	ROTAX 1RA	21,0	2,7
	PENTA 1RA	21,0	2,7
	VIP 1RA	21,0	2,7
	NEUMO 2DA	21,0	2,7
	ROTAX 2DA	20,5	3,2
	PENTA 2DA	21,0	2,7
	VIP 2DA	21,0	2,7
	PENTA 3RA	21,2	2,5
	VIP 3RA	21,0	2,7
	DOSIS APLICADAS 1 AÑO	TRIPLE VIRAL	19,0
NEUMOCOCO REF		18,8	4,9
HEPATITIS A		19,2	4,5
VARICELA		19,2	4,5
FIBRE AMARILLA		19,7	4,0
18-23 MESES	DPT R1	0,7	0,7
	VIP REF	23,7	
	TRIPLE VIRAL R2	35,0	11,3
	PENTA REF	22,8	0,9
DOSIS 5 AÑOS	DPT R2	31,5	7,8
	TRIPLE VIRAL R2	36,6	12,9
	VOP R2	31,7	8,0
OTRAS	VPH	19,8	3,9
	DPT AC-GESTA	12,9	10,8

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 159 de 224

asiganda siendo esta a nivel general del 94.8%, con corte al 31 de Marzo del 2023 fue del 21.7% faltando 2%.

El municipio de fortul a nivel general queda con una cobertura de un 21.7% quedando con una cobertura inferior a la meta establecida para el primer trimestre.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	17.8	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	22.5	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	20.2	NO

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	24	SI
TRIPLE VIRAL	35.3	SI

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	31.1	SI
TRIPLE VIRAL	31.1	SI

GRAFICA DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE FORTUL



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 160 de 224

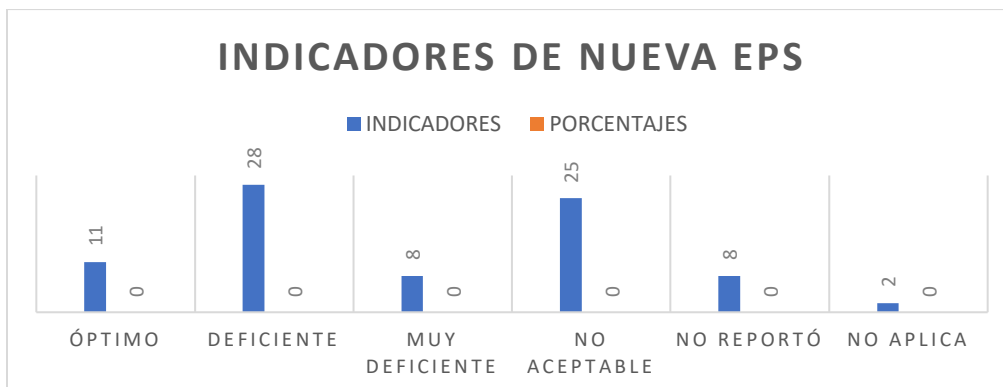
La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, terceras de pentavalente. Con los trazadores de un año Triple viral.

Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para indentificar aquellos que auun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunacion.


INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

	INDICADORES	PORCENTAJES
Óptimo	11	90.5
Deficiente	28	83.8
Muy deficiente	8	64.5
No aceptable	25	20.4
No reportó	8	0
No aplica	2	0



Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 90.5% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores No aceptable se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01 Página 161 de 224	

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

Indicadores PYP HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL - Febrero 2023							Indicador IPS	Óptimo	90% al 100%
							67.8%	Deficiente	80% al 89%
Versión: Definitivo - Fecha de emisión: 20/04/2023 08:51 AM							Muy deficiente	Muy deficiente	60% al 79%
								No aceptable	Menor al 60%
								No reportó	0%
								No aplica	N/A
Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad		
Vacunación	RPYMS34	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	480	485	98.9%	90%	Óptimo		
Vacunación	RPYMS90	Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	74	592	12.5%	30%	No aceptable		
Vacunación	RPYMS91	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	173	1,250	13.8%	40%	No aceptable		
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	6	6	83.3%	90%	Deficiente		
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	17	421	4%	20%	No aceptable		
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	62	63	98.4%	90%	Óptimo		
Vacunación	RPYMS107	Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	61	64	95.3%	90%	Óptimo		
Vacunación	RPYMS223	Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	458	759	60.3%	50%	Óptimo		
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	1,974	4,478	44%	50%	Deficiente		


Teniendo en cuenta los trazadores asignados por SANITAS y de acuerdo a los resultados obtenidos durante el primer trimestre de 2023, se evidencia el comportamiento de las coberturas de vacunación que presenta indicadores en óptimo y 3 en no aceptable motivo por el cual se solicita un plan de choque a la institución para aumentar el porcentaje de los indicadores.

MUNICIPIO DE RONDON

El municipio de Puerto Rondón conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2023:

MUNICIPIO	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
PUERTO RONDON	2	0	1	1

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunación alcanzadas por el municipio de acuerdo a la población y meta asignada siendo esta a nivel general del 23.7%, con corte al 31 de Marzo del 2023 fue del 21.2% faltando para cumplir la meta de 2.5%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 162 de 224

ARAUCA	MARZO	2023	23,7	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
META ANUAL	100	0	ENERO	7,9
BCG < 1año Unica	12,1	11,6	FEBRERO	15,8
VIP < 1año 3ra	18,3	5,4	MARZO	23,7
DPT < 1año 3ra	18,3	5,4	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	17,2	6,5	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	15,1	8,6	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Única	21,5	2,2	JULIO	55,3
HEPATITIS A	21,5	2,2	AGOSTO	63,2
VIP 1 RF 18 MESES	22,6	1,1	SEPTIEMBRE	71,1
PENTAVALENTE 1 RF 18 MESES	22,6	1,1	OCTUBRE	79
VOP 2 RF 5 AÑOS	22,0	1,7	NOVIEMBRE	86,9
DPT 2 RF 5 AÑOS	22,0	1,7	DICIEMBRE	94,8
SRP(TV) 2 RF 18 MESES	24,2	-0,5		

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	17.6	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	18.6	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	22	NO

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	23.1	NO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 163 de 224

TRIPLE VIRAL	23.1	NO
--------------	------	----

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	22	NO
TRIPLE VIRAL	22	NO

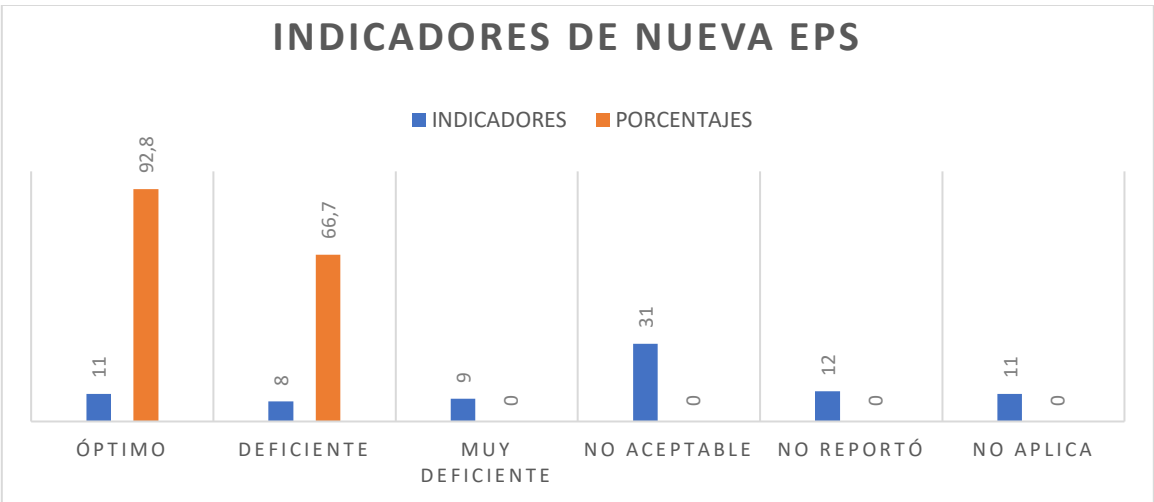
GRAFICO DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO RONDON



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de marzo del 2023, el municipio no ha alcanzado la meta en cuanto a los trazadores menores de un año con BCG recién, tercera de pentavalentes. En trazadores de un año triple viral, con los refuerzos de 18 meses, Polio VIP y triple, con los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aun no han sido vacunados y poder completar su esquema de vacunacion.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL PRIMER TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:



Para el Primer trimestre del 2023, la EPS NUEVA EPS se puede observar que para esta empresa los indicadores de cumplimiento en su mayoría terminaron siendo deficientes generando un cumplimiento entre 90 - 56% dando a entender que se debe realizar más demanda inducida en el programa, generar más búsquedas activas de los usuarios pero también de solicitar una actualización de las bases de datos de los usuarios ya que en ocasiones no se cuenta con los datos correctos de los beneficiarios generando una barrera entre los usuarios y la IPS

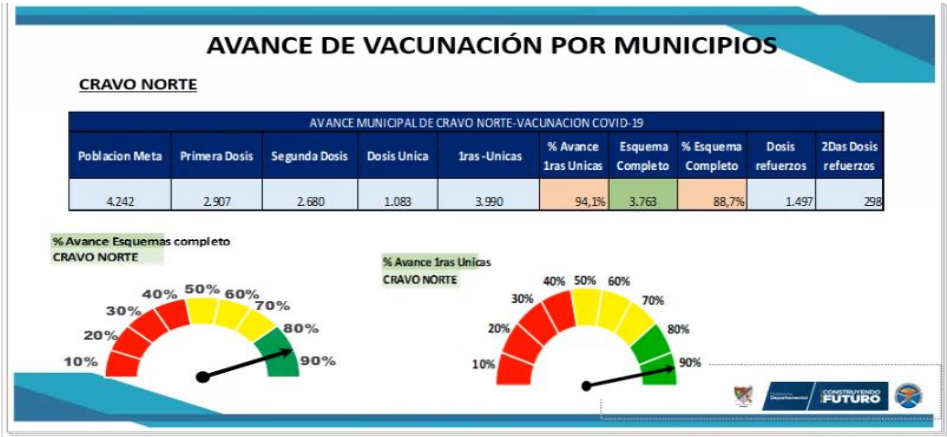
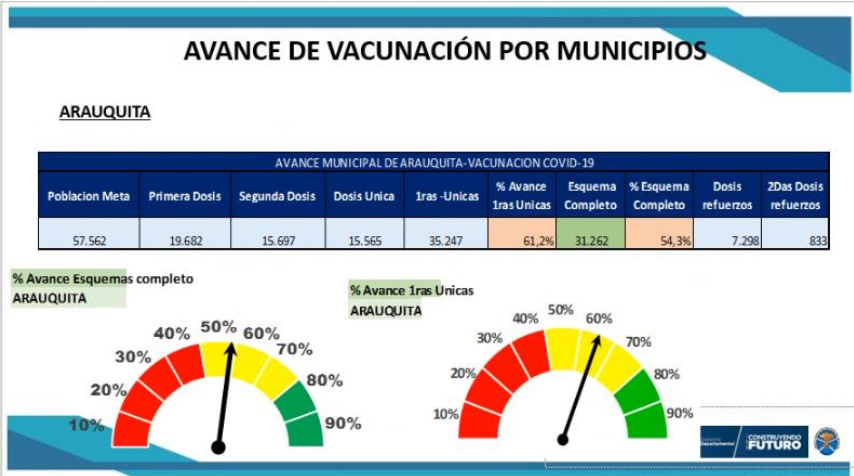
INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

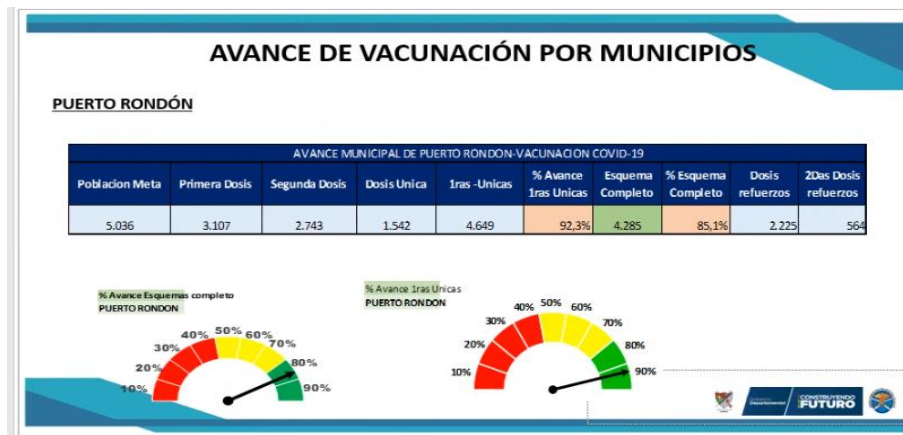
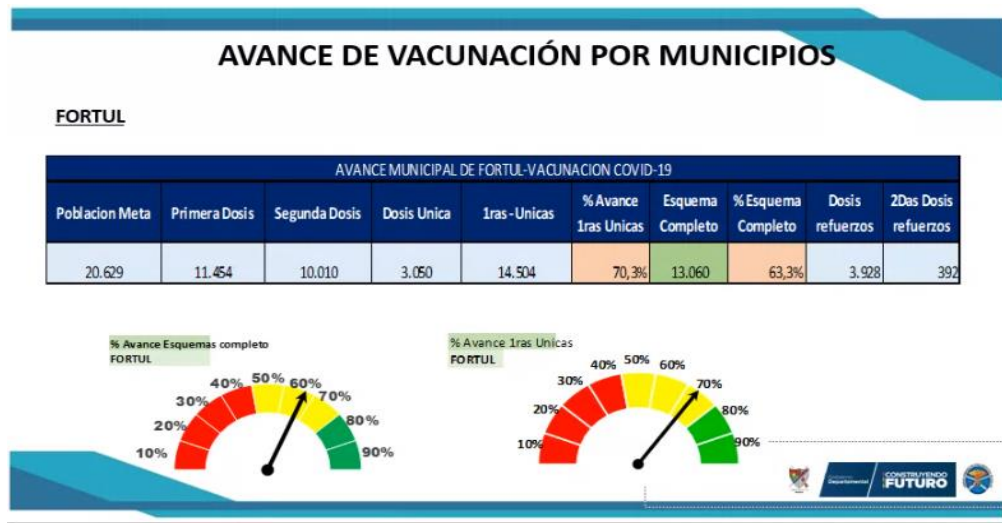
Indicadores PYP HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDON - Febrero 2023						Indicador IPS	Óptimo	90% al 100%
						67.2%	Deficiente	80% al 89%
Versión: Definitivo - Fecha de emisión: 20/04/2023 08:51 AM						Muy deficiente	Muy deficiente	60% al 79%
							No aceptable	Menor al 60%
							No reportó	0%
							No aplica	N/A

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Vacunación	RPYMS34	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	341	386	88.3%	90%	Deficiente
Vacunación	RPYMS90	Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	112	358	31.2%	30%	Óptimo
Vacunación	RPYMS91	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	353	842	41.9%	40%	Óptimo
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	1	1	100%	90%	Óptimo
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	91	404	22.5%	20%	Óptimo
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	32	56	57.1%	90%	Muy deficiente
Vacunación	RPYMS107	Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	44	58	75.8%	90%	Deficiente
Vacunación	RPYMS223	Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	30	710	4.2%	50%	No aceptable
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	522	3,178	16.4%	50%	No aceptable

Teniendo en cuenta los trazadores asignados por SANITAS y de acuerdo a los resultados obtenidos durante el primer trimestre de 2023, se evidencia el comportamiento de las coberturas de vacunación que presenta indicadores en optimo y 2 en no aceptable motivo por el cual se solicita un plan de choque a la institución para aumentar el porcentaje de los indicadores.

COBERTURAS DE COVID -19 A NIVEL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL PRIMER TRIMESTRE DEL 2023





4. AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 12 A 15 AÑOS

TIPOS DE DOSIS	Población de 12 a 15 años					AVANCES 1RAS %	ESQUEMAS COMPLETOS
	Metas	Primera dosis	Segunda dosis	Dosis refuerzo	Segunda dosis refuerzo Res419 2022		
Arauca	6.680	6.586	4.881	893	34	98,6	73,1
Arauquita	4.472	2.208	1.673	229	0	49,4	37,4
Cravo Norte	262	292	276	135	7	111,5	105,3
Fortul	1.628	1.499	1.378	245	3	92,1	84,6
Puerto Rondón	346	309	309	191	29	89,3	89,3
Saravena	4.720	2.583	2.040	386	20	54,7	43,2
Tame	3.843	2.593	2.013	333	12	67,5	52,4
Departamento	21.951	16.070	12.570	2.412	105	73,2	57,3

AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

TAME

AVANCE MUNICIPAL DE TAME-VACUNACION COVID-19

Poblacion Meta	Primera Dosis	Segunda Dosis	Dosis Unica	1ras - Unicas	% Avance 1ras Unicas	Esquema Completo	% Esquema Completo	Dosis refuerzos	2das Dosis refuerzos
50.138	29.997	24.829	9.648	39.645	79,1%	34.477	68,8%	10.395	1.785

% Avance Esquemas completo

TAME



% Avance 1ras Unicas

TAME



3. AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 3 A 11 AÑOS

ACUMULADO DEPARTAMENTAL DE DOSIS APLICADAS - POBLACION DE 3 A 11 AÑOS

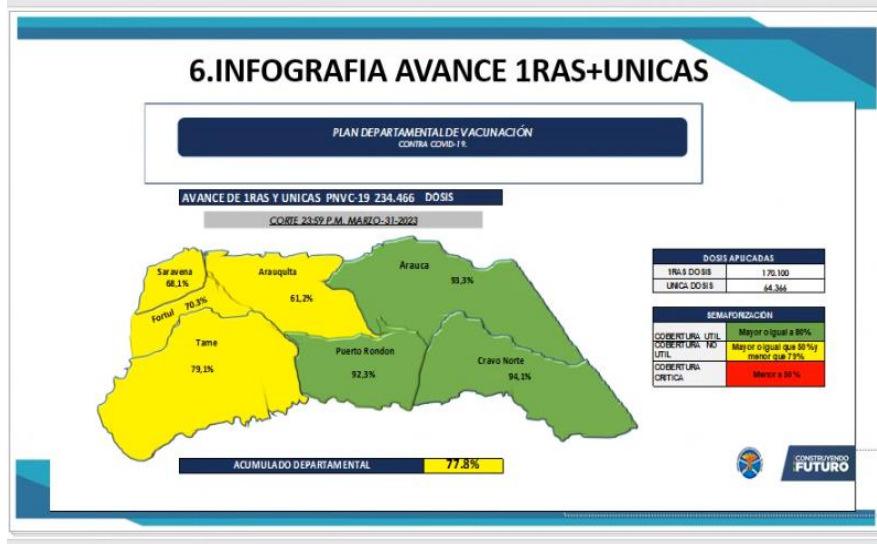
Municipios	Metas de 100% de la poblacion	Primeras dosis aplicada	Segundas dosis aplicada	Avances de 1ras %	Esquemas completas %
Arauca	15.715	13.320	8.666	84,8	55,1
Araucuita	10.820	3.757	2.775	34,7	25,6
Cravo Norte	690	547	482	79,3	69,9
Fortul	3.973	2.054	1.482	51,7	37,3
Puerto Rondon	844	671	533	79,5	63,2
Saravena	11.175	4.070	3.253	36,4	29,1
Tame	9.324	4.922	3.682	52,8	39,5
Departamento	52.541	29.341	20.873	55,8	39,7



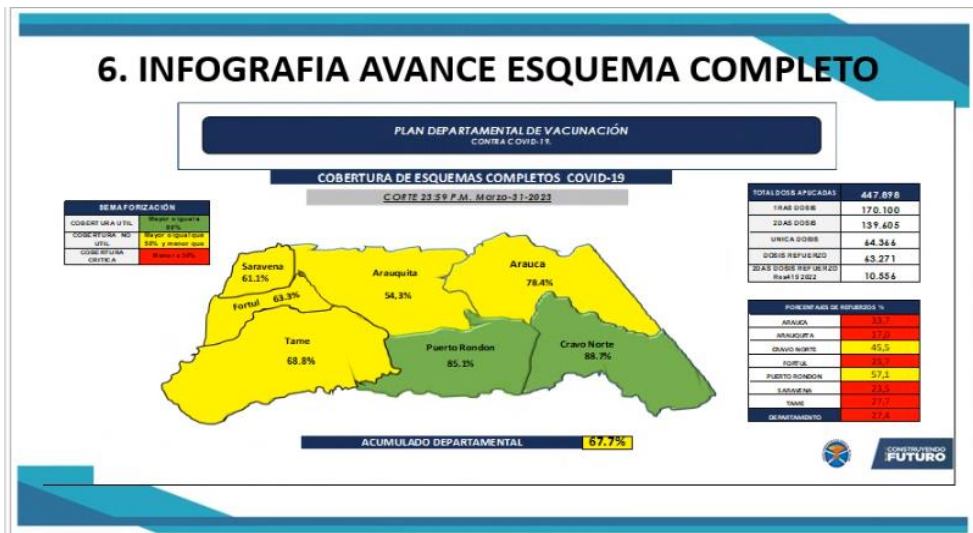
5. AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 16 A 19 AÑOS


MUNICIPIOS TIPOS DE DOSIS	Población de 16 a 19 Años						AVANCES TRANSICIONES	ESQUEMAS COMPLETOS	% AVANCES 1RAS JUNCOS	% ESQUEMAS COMPLETOS
	Urbes	Primera dosis	Segunda dosis	Única dosis	Dosis refuerzo	Segunda dosis refuerzo Res 419/2021				
Arauca	6.967	5.154	3.791	1.208	1.334	50	6.344	5.003	91,1	71,8
Araucaquita	4.343	1.383	1.066	891	384	16	2.282	1.957	52,5	45,1
Cravo Norte	287	157	158	94	100	14	251	252	87,5	87,8
Fortal	1.541	401	429	276	332	17	678	705	44,0	45,7
Puerto Rondón	945	161	171	111	168	16	273	282	75,1	81,7
Saravena	4.740	1.862	1.477	1.575	779	88	3.431	3.052	72,4	64,4
Tame	3.795	1.889	1.472	654	615	51	2.535	2.126	67,9	56,9
Departamento	21.959	11.019	8.570	4.809	3.730	252	15.794	13.379	71,9	60,9

6. INFOGRAFIA AVANCE 1RAS+UNICAS



6. INFOGRAFIA AVANCE ESQUEMA COMPLETO



 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 169 de 224

3.3 SUBPROCESO ATENCION AMBULATORIA

La Consulta Externa es un servicio ambulatorio para pacientes con una previa cita asignada en la cual se acceden a las atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos a fines de la búsqueda de tratamiento oportuno dirigido con prevención a cualquiera alteración. Las consultas son realizadas por un equipo de personas, calificados para proveer un servicio humano, seguro y oportuno.

Por lo anterior, se hace en análisis de las consultas atendidas en los diferentes hospitales y centros de salud de la Red de la ESE MYC.


En el 1 TRIMESTRE DE 2023 en toda la Red se realizan 30.677 atenciones en consulta médica general presentando el número de atenciones distribuidos de la siguiente forma, como se describe en la siguiente tabla y se analiza cada una de las Instituciones de salud:

HOSPITALES / CENTROS DE SALUD	I TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	9.073
Hospital San Antonio de Tame	7037
Hospital San Lorenzo de Arauquita	8.085
Hospital San Ricardo Pampuri	4.299
Hospital San Juan de Dios de puerto Rondón	1.015
Hospital San José de Cravo N	769
Centro Salud de Panamá de Arauca	112
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	287
TOTAL	30.677

Fuente: informes de Gestión Instituciones

Esto nos ayuda a recordar que esta área o servicio de atención a la salud donde lo fundamental es la atención del paciente ambulatorio ofreciéndole orientación, diagnósticos y tratamientos médicos a toda la comunidad que da atención al individuo sano y enfermo con acciones tendientes a la prevención de las enfermedades, promoción y recuperación de la salud mediante tratamiento ambulatorio. Esta unidad no solo complementa la fase del tratamiento ambulatorio, sino que se proyecta a la comunidad de acuerdo a sus esfuerzos y a la coordinación que debe mantener con las demás unidades operativas en su área de cobertura específica.

Las citas se brindaron con oportunidad no siendo mayor a 24 horas de espera y la atención a los usuarios con calidad, atención humanizada y con los mejores profesionales teniendo en cuenta las guías del ministerios y protocolos de la institución, en algunas instituciones como los Centros de Salud de Puerto Jordán, Panamá y Hospital San José de Cravo norte

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 170 de 224

se tienen algunas dificultades ya que no se cuenta con la capacidad de profesionales para la demanda y también de acuerdo a lugar geográfico donde se encuentran estas redes de salud.

1. ODONTOLOGIA

En las ocho instituciones de salud adscritas a la ESE MYC se realizan diferentes procedimientos de odontología, como se evidencia en la siguiente descripción.

Hospital San Francisco de Fortul: Según los datos estadísticos consolidados en el primer trimestre 2023 consultas odontológicas (2499), generando un número de sesiones de odontología realizadas (816), con total de tratamientos terminados (0), sellantes aplicados un total (1949), procedimientos de superficies obturadas (2863), y exodoncias (233).


Hospital San Antonio de Tame: Para este 1 trimestre de 2023 con las consultas de odontológicas realizada fue un total de (1650), con un número total de tele consulta de asesoría de (1401) con número de sesiones de odontología realizadas de (2783), para un total de tratamientos terminados de (46) pacientes, sellantes aplicados (1945), superficies obturadas (1591) y exodoncias (57).

Hospital San Lorenzo de Arauquita: Para el primer trimestre del 2023 se realizaron (3238) atenciones distribuidas de la siguiente forma por Total de Tratamientos Terminados (58), Sellantes Aplicados (1798), Superficies Obturadas (1709), Exodoncias (354).

Hospital San Ricardo Pampuri: Para el primer trimestre del 2023 se realizaron 2440 atenciones en los cuales se evidencio que se realizaron por consulta odontológica (1657), por Total de Tratamientos Terminados (8), Sellantes Aplicados (254), Superficies Obturadas (425), Exodoncias (85) y Pulpotomías y/o Pulpectomías (11).

Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón: Se realiza el ejercicio de la verificación de las actividades del primer trimestre del 2023 se realizaron (237) atenciones en los cuales se evidencio que se realizaron por consulta odontológica (175), por Total de Tratamientos Terminados (0), Sellantes Aplicados (154), Superficies Obturadas (123), Exodoncias (29).

Hospital San José de Cravo Norte: Se puede evidenciar que en el transcurso del trimestre aumentó el número de consultas odontológicas significativamente. El plan de mejora que se está realizando está relacionado con la demanda inducida para los procedimientos de PyM, con el fin de lograr máximo cumplimiento de las metas que requiere cada empresa de salud. También se ha visto gran cantidad de pacientes que solicitan cita para procedimientos por Odontología, y así mismo el aumento de las sesiones de odontología

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 171 de 224

realizadas en los diferentes servicios. En cuanto a sellantes en el transcurso del trimestre se ha evidenciado un aumento en la aplicación de estos en la consulta de salud oral, se realizan de acuerdo a los lineamientos establecidos por la resolución 3280 del 2018, como estrategia para mejorar las metas se está realizando actividades extramurales. Consultas odontológicas realizadas (valoraciones) (805), con numero de sesiones de odontología realizadas (2.309), total, tratamientos terminados (0), sellantes aplicados (263), superficies obturadas (229), exodoncias (17).

Centro de Salud Panamá de Arauca: Durante el primer trimestre del año 2023, no se cumple con la meta ya que no contamos con personal de planta disponible, la unidad presenta fallas, dado que aún no se solucionado la conexión de energía no se ha instalado la unidad nueva que se tiene en custodia de almacén, se brinda servicio de procedimientos y valoraciones de odontología únicamente los miércoles de cada semana, con el apoyo del personal de odontología de Puerto Jordán.

Centro de Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán: En general se atendieron 434 consultas odontológicas superando expectativas propuestas. En nuestro centro asistencial no se presentaron pacientes a ninguno de estos procedimientos durante los trimestres.


2. SALA DE PARTOS

En los diferentes hospitales de la Red préstamo el servicio de sala de partos, excepto en los centros de Salud, que solo atienden los partos que llegan en expulsivo. Generalmente las maternas son remitidas a un segundo nivel de atención para la valoración por ginecología, lo que hace que los partos sean atendidos en otros hospitales.

Pero más sin embargo se observa afluencia en la atención en los centros de salud vinculados a nuestra red.

En la siguiente tabla se relacionan los partos atendidos en las instituciones adscritas a la ESE MYC que durante EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2023 se atendieron partos:

HOSPITALES- PARTOS	I TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	11
Hospital San Antonio de Tame	57
Hospital San Lorenzo de Arauquita	25
Hospital San Ricardo Pampuri	6
Hospital San Juan de Dios	4
Hospital San José de Cravo N	2
Centro Salud de Panamá de Arauca	1
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	0
TOTAL	106

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 172 de 224

3.4 SUBPROCESO ATENCION HOSPITALARIA Y URGENCIAS

NUMERO USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS


Mediante los datos estadísticos durante el cuarto trimestre se atendieron usuarios, con respecto al año anterior el cual fue de se observa un aumento relativa del primer trimestre ya que en el 2022 se obtuvieron 7511 y en el primer trimestre del 2023 es del 7.636 Consultas de urgencias siendo estas en su mayoría por diagnóstico de procesos respiratorios y en el segundo trimestre fue de 6553 consultas por urgencias y en el tercer trimestre se observa un aumento del 7028 y en el cuarto trimestre disminuyo 6355 usuarios.

Durante en este primer trimestre la atención al usuario por el servicio de urgencias fue con oportunidad teniendo en cuenta la clasificación del Triage como lo indica la resolución 5596 del 2015, cumpliendo con la clasificación el que no sea urgencia se entrega ficho para cita prioritaria y el que presenta síntomas respiratorios se realiza la consulta en sala de aislamiento y se garantiza todos los medios diagnósticos para obtener un diagnóstico.

En estas instituciones se está prestando unos servicios con calidad, seguridad y atención humanizada teniendo en cuenta las normas de protección por parte del personal durante la atención.

HOSPITAL	MES DE ENERO	MES DE FEBRERO	MES DE MARZO
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	353	306	431
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	588	598	744
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	79	56	56
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	619	604	637
CENTRO DE SALUD PANAMA	41	41	64
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	238	279	280
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	112	144	936
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	152	117	161
TOTAL	2182	2145	3309

Durante el primer trimestre en nuestra red de prestación de servicios se observó variación en cuanto a los motivos de consulta principalmente siendo esta las afectaciones principales las procesos respiratorios, accidentes de tránsito en el servicio de urgencias, seguido de infección de vías urinarias; y el resto de porcentaje hace referencia a otros diagnóstico de menor porcentaje; se entrega la formula médica y se indica los signos de alarma, a los usuarios que se les realizo muestra para COVID-19 y dio positiva se indica aislamiento


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN							GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN							Versión 01	
								Página 174 de 224	

NUMERO TOTAL DE CONSULTAS AL SERVICIO DE URGENCIAS, POR EL MISMO DIAGNOSTICO Y EL MISMO PACIENTE, MAYOR DE 24 HORAS Y MENOR DE 72 HORAS QUE HACEN PARTE DE LA MUESTRA REPRESENTATIVA	0	4	0	3	0	0	0	1	8	
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PERIODO INCLUIDAS EN LA MUESTRA REPRESENTATIVA	306	598	56	604	41	279	144	117	2145	

MARZO										
REINGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS	HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	0,02%
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS AL SERVICIO DE URGENCIAS, POR EL MISMO DIAGNOSTICO Y EL MISMO PACIENTE, MAYOR DE 24 HORAS Y MENOR DE 72 HORAS QUE HACEN PARTE DE LA MUESTRA REPRESENTATIVA	0	6	0	0	0	0	0	2	8	
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PERIODO INCLUIDAS EN LA MUESTRA REPRESENTATIVA	431	744	56	637	64	280	936	161	3309	

ANALISIS

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia que los reingresos en los servicios de urgencias entre las 24 y 72 horas corresponde al número de usuarios que acuden nuevamente al servicio de urgencias, independientemente de que el episodio haya sido atendido en consulta de urgencias o en observación, y se haga dentro de las 24 y 72 horas siguientes a la primera atención por la misma patología o condición clínica que motivó dicha atención ya sea exactamente la misma, durante el primer trimestre se pudo evidenciar que se

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 175 de 224

atendieron los 23 usuarios con un porcentaje 0.30% cumpliendo con lo estipulado por el indicador de medida el cual es del 3 %.

ACTIVIDAD:

REALIZAR MEDICION A LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DE CONSULTA GENERAL.

INDICADOR:


(SUMATORIA DEL NUMERO DE MINUTOS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DE ATENCION EN LA CONSULTA DE URGENCIAS Y EL MOMENTO EN EL CUAL ES ATENDIDO EL PACIENTE EN CONSULTA POR PARTE DEL MEDICO / TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA DE URGENCIAS)

ENERO		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL
TIEMPO DE ESPERA CONSULTA TRIAGE II	Sumatoria número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.	5.948	11.760	79	9.285	41	3.600	112	1.776	32.601
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	353	588	79	619	41	239	112	152	2.183
FEBRERO		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL
TIEMPO DE ESPERA CONSULTA	Sumatoria número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de	5.163	11.960	56	9.060	41	5.560	144	117	32.101

A TRIAGE II	urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.									
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	306	598	56	604	41	278	144	117	2144
MARZO		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL
TIEMPO DE ESPERA CONSULTA A TRIAGE II	Sumatoria número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.	7.245	14.880	56	9.555	64	5.580	936	169	38.485
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	431	744	56	637	64	279	936	161	3.308

ANALISIS:

Al realizar el seguimiento de la atención de urgencias en el cuarto trimestre se observa que los pacientes que ingresan a nuestras instituciones teniendo en cuenta con el proceso de priorización del Triage acorde al evento que presentan se prioriza en el Triage de 2 en el cuarto trimestre se observa que la atención es superior a minutos siendo el indicador de la meta de 30 minutos estando en el rango no adecuado establecido por el ministerio de protección social de Colombia, esto siendo que a la fecha se ha realizado la atención de 6553 pacientes en un tiempo de espera de 13.5 minutos en el servicio de urgencias en los 8 municipios.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 177 de 224

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Los indicadores del área de hospitalización para el primer trimestre del presente año tenemos pacientes con diagnóstico de dengue grave no se presentaron en las instituciones para un total de 0 pacientes.


El indicador paciente que reingresan al servicio de Hospitalización en las instituciones antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo para el primer trimestre se encuentra en (0) por debajo de la meta gracias a mejora de oportunidad de atención de los usuarios y el aumento de la calidad en la atención por parte de los profesionales asistenciales.

Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo No se presentaron caídas, gracias identificación de los usuarios según el riesgo de caída, se continúa con la evaluación del riesgo de todos los usuarios

Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en las instituciones no se presentaron en curso úlceras por presión gracias identificación de los usuarios según el riesgo, continuar con la implementación de la escala de brande para prevenir úlceras por presión e implementación de reloj de cambio de posiciones.

Número de menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA, dentro de los 20 días después del primer egreso por IRA, en las instituciones Se presentaron 0 casos de reingreso por IRA gracia al seguimiento continuo que se realiza a los usuarios en donde se garantiza la calidad en la atención, continuar trabajando con el manejo continuo de los usuarios prestando atención a cada necesidad e implementación de educación continua a los usuarios.

Para el primer trimestre no se presentaron casos de muerte por IRA y EDA gracia al seguimiento continuo que se realiza a los usuarios en donde se garantiza la calidad en la atención de los usuarios y a la mejora continua que se le ha venido dando a la inmunización de la población menor de 5 años, y con la vacunación covid-19 en la actualidad se ha disminuido las entradas a las unidades de cuidaos intensivo, motivo por el cual se continua trabajando con el manejo continuo de los usuarios prestando atención a cada necesidad que se presente con ellos, a su vez se implementara la política de seguridad de paciente en donde se garantizara la atención integral a la población

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 178 de 224

INGRESOS

INGRESOS DEL CUARTO TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

HOSPITAL	TRIMESTRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	335
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	70
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	31
HOSPIATL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	190
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	38
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	96
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	706


ANALISIS

Por medio de los análisis estadísticos presentado por los hospitales los cuales se encuentran en la red prestadora de servicio de la ESE MORENO Y CLAVIJO se pudo evidenciar que durante el primer o trimestre se ha presentado un aumento en igualdad del porcentaje respecto el año pasado, el diagnóstico de mayor rotación es por usuarias de parto único; en el Hospital san Antonio de Tame es donde se observa un mayor aumento en los ingresos al servicio de hospitalización ya que se está encontrando en un 95 % en comparación con los otros hospitales de la red de prestadores de servicios de hospitalización de la ESE MORENO y CLAVIJO, teniendo en cuenta que el centro de salud de panamá no cuenta con el servicio de hospitalización habilitado.

EGRESOS

EGRESOS DEL CUARTO TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

HOSPITAL	TRIMESTRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	335
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	68
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	31

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 179 de 224


HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	190
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	38
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	96
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	706

ANALISIS

Por medio de los análisis estadísticos presentado por los hospitales los cuales se encuentran en la red prestadora de servicio de la ESE MORENO Y CLAVIJO se puede apreciar que en el primer trimestre hay un descenso de egresos a comparación del año pasado teniendo un total de egresos de 706)usuarios a los cuales se les brindo toda la atención de una manera holística, la mayor consulta se dio por fiebre, procesos respiratorios seguido de atención del parto y el resto de egresos hacen referencia a otros diagnósticos de menor incidencia; se entrega las respectivas ordenes médicas y se indica los signos de alarma; esta institución presta los servicios con calidad, seguridad, atención humanizada teniendo en cuenta las medidas de protección para la prevención del Covid-19.

GIRO DE CAMA

HOSPITALES	Ingresos al servicio hospitalización trimestre 2022
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	3.51
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	1
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	13
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	33
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	6.5

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 180 de 224

Se sigue llevando un monitoreo continuo de las estancias prolongadas injustificables habiendo un promedio de giro cama de 6.5 días por usuario. Se recomienda acompañamiento constante por parte de la coordinación de medicina para que puedan unificar criterios y no se presenten tan seguidos la rotación de antibióticos ocasionando estancias hospitalarias prolongadas. A su vez farmacia en la disponibilidad oportuna de medicamentos.


Por medio de los análisis estadísticos durante el cuarto trimestre se dio un giro cama de 2.5 días en promedio, el diagnóstico de mayor rotación es por usuarias de parto único espontaneo el cual se lleva a 24 horas de estancia como lo indica la resolución 3280 del 2018; la, parto y pediatría; brindando el servicio con calidad, seguridad, atención humanizada y comprometidos con el bienestar de nuestra gente.

OCUPACIONALIDAD

Total % Ocupacional de camas

HOSPITALES	Ingresos al servicio hospitalización Trimestre 2022
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	10.9
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	12.6
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	4.8
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	21
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	3
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	6.53

Por medio de los datos estadísticos durante el primer trimestre se dio un descenso del 15.3%; en comparación con el anterior año que finalizó con un 6.53 % en el servicio de hospitalización de las instituciones, el diagnóstico de mayor porcentaje de ocupación es por infección de vías urinarias, seguido con dengue clásico y el resto hace referencia a otros diagnósticos de menos ocupación; en el servicio de hospitalización de nuestras instituciones; todos los días se realiza control de la disponibilidad de las camas, esta atención se realiza con calidad, seguridad y atención humanizada y utilizando todos los trajes de protección personal para prevención de contagio por Covid 19.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 181 de 224

3.5 SUBPROCESO APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO


EXAMENES DE LABORATORIO:

Un análisis clínico o prueba de laboratorio es un tipo de prueba exploratoria que consiste en la toma de muestras biológicas de un paciente para su posterior análisis en laboratorio. Brinda un resultado objetivo, que puede ser cuantitativo o cualitativo. Esta prueba forma parte del proceso de atención al paciente. En la siguiente tabla se analiza cada uno de los reportes de los Laboratorios clínicos de los hospitales y centros de salud de la Red.

HOSPITALES- CENTROS DE SALUD	I TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	21.840
Hospital San Antonio de Tame	33.118
Hospital San Lorenzo de Arauquita	42.355
Hospital San Ricardo Pampuri	12.016
Hospital San Juan de Dios	5.164
Hospital San José de Cravo N	4.452
Centro Salud de Panamá de Arauca	2.393
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	3.030
TOTAL	121.975

Fuente: Informes de Gestión Instituciones

- **Hospital San Francisco de Fortul:** Durante el PRIMER TRIMESTRE del año 2023 se observa que la cantidad de laboratorios realizados fueron un total de **21.840** donde el comportamiento de la gráfica, nos muestra una curva con variación baja en el porcentaje de los totales con inicio alto y donde el último mes registra una cantidad muy similar a la del mes de ENERO. Este PRIMER TRIMESTRE del 2023 se puede notar que la cantidad de procedimientos mes a mes se mantuvo con porcentajes muy uniforme, donde se destaca en trabajo en equipo y coordinado con las demás áreas, tanto de P y M quienes son las que canalizan la mayor parte de los usuarios para ser atendidos en los diferentes programas, como las áreas de urgencias y hospitalización. se sigue trabajando en la búsqueda y canalización de pacientes de forma coordinada con los demás servicios, ya que se cuenta con insumos y equipos necesarios para cumplimiento de metas y necesidades requerida por los usuarios en los diferentes servicios (HOSPITALIZACION, URGENCIA, CONSULTA EXTERNA).
- **Hospital San Antonio de Tame:** El servicio de laboratorio hubo aumento de la producción a lo que normalmente se venía observando en años anteriores esto

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 182 de 224


obedece a al estricto cumplimiento de metas de programa de promoción y mantenimiento, entonces hace que los procedimientos más solicitados sean en consulta externa, a través de las diferentes rutas ofertadas por la institución, que corresponde a un 50% del total de los exámenes realizados. hospitalizados 381. PyM 9626, externas 17239 y urgencias de 5872 un total de 33.118.

- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Para el primer trimestre del año 2023 se observa un aumento creciente en la producción con un total de 42.355 exámenes procesados durante los primeros tres meses del año. Se envían a procesamiento de especializados 105 muestras, esto para dar cumplimiento a la subcontratación de especializados con Biosamar Se envían 25 muestras para análisis de **TSH** neonatal a el laboratorio fronterizo y Biosamar.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** De acuerdo al comportamiento presentado en el laboratorio clínico del HSRP durante el primer trimestre del año 2023, se evidencia que el servicio que más exámenes solicitó fue **CONSULTA EXTERNA** con un total de 4.299 de procedimientos realizados, discriminándose de la siguiente manera Enero (1548), Febrero (1598) y Marzo (1153); mientras que el área de menor producción fue **HOSPITALIZACIÓN** con 137 exámenes de laboratorio solicitados en Enero (47), Febrero (44) y Marzo (46); en el servicio de **URGENCIAS** se evidencio un total de 3792 presentándose en Enero (1101), Febrero (1281) y Marzo (1410) y en **PYM** en Enero (1383), Febrero (1126) y en Marzo (1279) para un total de 3788 de exámenes solicitados, con la sumatoria total de exámenes procesados por el laboratorio es de 12.016 para el primer trimestre.
- **Hospital San José de Cravo Norte:** En el 1 trimestre del 2023 se contó con una realización de 4.452 procesamiento de muestra distribuidas para los programas de PyM, consulta externa, urgencia y hospitalización, con una proporción de utilización de mayor utilización en los programas de la 3280 de la actual contratación y resolución.
- **Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el 1 trimestre 2023 fueron 5.164 apoyos diagnósticos, distribuidos para los servicios ofertados de la institución.
- **Centro de Salud Juan Jesús coronel:** En la tabla anterior observamos el total de los exámenes realizados durante el primer trimestre 2023 con representacion en equilibrio de procedimientos.
- **Centro de Salud Panamá de Arauca:** La producción del servicio de laboratorio con acción de desarrollo y entrega de servicio al público en general.

IMÁGENES DIAGNOSTICAS:

Los hospitales de la Red ofrecen el servicio de Imágenes diagnosticas como apoyo a los diagnósticos. Los centros de Salud no prestan este servicio.

En la tabla siguiente se relacionan las imágenes diagnosticas realizadas en el 2022, en una totalidad de 7.458

 Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 183 de 224

HOSPITALES- IMÁGENES DX	TOTAL, I TRIMESTRE 2023
Hospital San Francisco de Fortul	1.807
Hospital San Antonio de Tame	2.551
Hospital San Lorenzo de Arauquita	1.917
Hospital San Ricardo Pampuri	595
Hospital San Juan de Dios de Puerto R	392
Hospital San José de Cravo N	198
Centro Salud de Panamá de Arauca	0
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	0
TOTAL	7.458


Fuente: Informes de Gestión Instituciones

Análisis: En el trimestre I del 2023 se realizaron un total de radiografías de 7.458 en la red ESE MORENO Y CLAVIJO, para los cuales se distribuyen de los servicios de oferta de consulta externa, hospitalización y urgencias. **Dejando por consecuencia que dentro de la red con 2 centros que son; el Centro de Salud Panamá de Arauca y Centro de Salud Juan Jesús coronel** El servicio de Imágenes no se encuentra habilitado en centro salud.

TERAPIA FÍSICA Y TERAPIA RESPIRATORIA

PRODUCCIÓN NUMERO SESIONES TERAPIA RESPIRATORIA	1 TRIMESTRE 2023							HSLA
	CSJJC	CSPA	HSTA	HSJD	HSFF	HSJCN	HSRP	
SUB TOTAL	0	0	450	1	0	4	612	718
TOTAL, TRIMESTRE	1.785							

TERAPIAS FISICAS 1 TRIMESTRE 2023		
	HOSPITALES- CENTROS DE SALUD	RESULTADOS
1	HSFF- FORTUL	691
2	HSRP- ESMERALDA	430
3	HSTA- TAME	235


 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 184 de 224

4	CSPA- PANAMA	0
5	CSJJC- PTO JORDAN	0
6	HSJD- RONDON	211
7	HSJCN- CRAVO NORTE	194
8	HSLA- ARAUQUITA	1.037
TOTAL		2.798

En el (I) trimestre de 2023, según las gráficas de la estadística se observa 2.798 sesiones, en el área de terapia física, se observa un aumento en la producción de este servicio con respecto al trimestre anterior del año 2022, en este nuevo año se aumentó la asistencia de los usuarios de la EPS Sanitas de régimen subsidiado y régimen contributivo a fisioterapia, es importante aclarar es un servicio capitado, en la actualidad la Nueva EPS o entidad administradora de planes de beneficios tiene contratación con la ESE departamental moreno y Clavijo en el servicio de fisioterapia solo hay usuarios del régimen contributivo para ser atendidos en el hospital San Francisco de Fortul, se atienden usuarios de SOAT pero los usuarios son muy ocasionales, se hace énfasis en la atención humanizada con calidad, seguridad, autocuidado, responsabilidad, garantizando la satisfacción de los usuarios que asisten a fisioterapia por parte del profesional que brinda los servicios de salud.

INDICADORES EVALUADOS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.
P.2.7 Número total de pacientes en el servicio de urgencias que sufren caídas en el periodo.
P.2.8 Número total de pacientes en el servicio de consulta externa que sufren caídas en el periodo.
P.2.9 Número total de caída de pacientes es en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
P.2.10 Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.
P.2.11 Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
P.2.12 Total de úlceras por presión.
P.2.13 Total de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos 72 horas con el mismo diagnóstico.
P.2.13. 1 total de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos 72 horas con diferente diagnóstico.
P.2.14 Total de reingreso de pacientes al servicio de hospitalización en menos 15 días

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 185 de 224

P.2.15 Total de cancelación de cirugías
Tasa Flebitis en sitio de Venopunción.
Seguimiento a adherencia de guías prácticas clínicas y guías prácticas de seguridad del paciente.

3.6 SUBPROCESO FARMACIA Y APOYO TERAPEUTICO

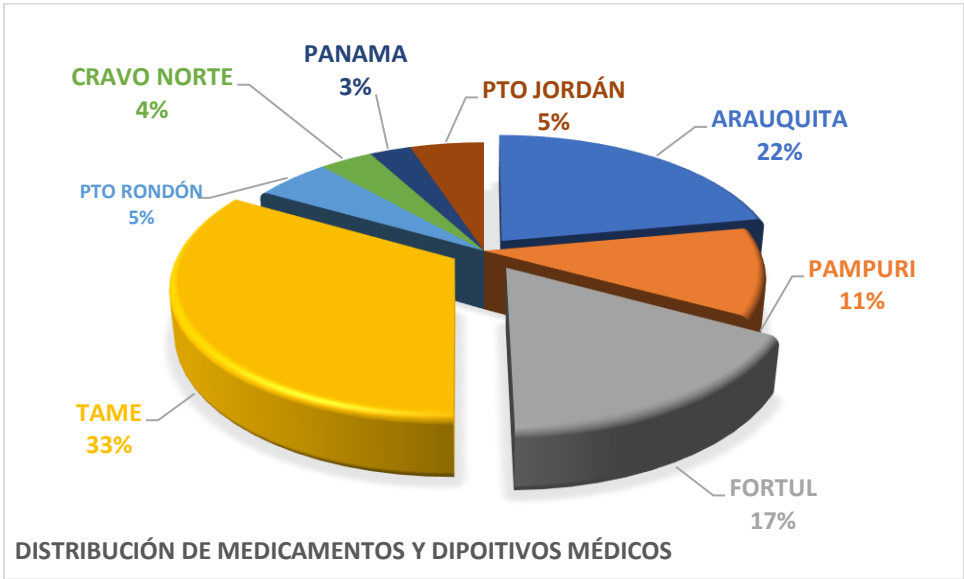
ADQUISICIÓN POR COMPRAVENTA Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO PARA EL AÑO 2023.

Se realiza adquisición por suministro de Medicamentos y Material médico quirúrgico según necesidades de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la entidad para la vigencia 2023, con el fin de mantener los servicios farmacéuticos con un Stock necesario y suficiente que garantice la entrega oportuna a los usuarios atendidos en nuestra red hospitalaria.

VIGENCIA	2023	
Tipo de Contrato:	SUMINISTRO	SUMINISTRO
No de Contrato:	003-0020 de 2023	003-0019 de 2023
Contratista:	PHARMA HEALTH S.A.S.	DANGROUPS DISTRIBUCIONES SAS
Representante Legal:	PEDRO PABLO LARROTTA AYALA	CELMIRA CEDEÑO MEDINA
Valor del Contrato:	QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS ML/CTE (\$574.768.675.00).	QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TREINTA Y SIETE PESOS ML/CTE (\$549.968.037.00).
Objeto del Contrato:	SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO.	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS HOSPITALES PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO.


DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO - SEDE CENTRAL.

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	ENERO	FEBRERO	MARZO	Total
1	ARAQUITA	\$ 30.792.393	\$ 34.502.038	\$ 41.121.692	\$ 106.416.123
2	PAMPURI	\$ 10.332.994	\$ 19.231.012	\$ 22.721.946	\$ 52.285.952
3	FORTUL	\$ 29.443.399	\$ 21.038.657	\$ 30.874.067	\$ 81.356.123
4	TAME	\$ 49.911.115	\$ 50.270.438	\$ 61.325.577	\$ 161.507.130
5	PTO RONDÓN	\$ 14.266.453	\$ 10.558.145	\$ 0	\$ 24.824.598
6	CRAVO NORTE	\$ 2.994.500	\$ 8.760.169	\$ 5.876.019	\$ 17.630.688
7	PANAMA	\$ 5.879.260	\$ 1.944.898	\$ 5.850.990	\$ 13.675.148
8	PTO JORDÁN	\$ 7.378.303	\$ 11.538.071	\$ 5.493.026	\$ 24.409.400
Total, Distribución					\$ 482.105.162



Grafica No 1

Según cuadro No 1 de los valores de la adquisición realizada para las necesidades del I cuatrimestre, se realiza una distribución mensual de \$ 482.105.162 para medicamentos y

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 187 de 224

dispositivos médicos en toda la red hospitalaria, se evidencia en la gráfica No 1, que el Hospital San Antonio de Tame genera un porcentaje del (33%), lo anterior es directamente proporcional al consumo y la facturación realizada durante el mes, además de tener la mayor población y generar atenciones por cápita y evento, como agregado se tiene que prestan servicios en cirugía ambulatoria como Pomeroy y Vasectomía y servicios de especialistas, seguidos están los Hospitales de San Lorenzo de Arauquita con un (22%) y San Francisco de Fortul con un (17%) de porcentaje en distribución, que con sus atenciones en población migrante hacen que sean los tres (3) hospitales que reciben y generan mayor consumo en la red Hospitalaria.

1. SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA.

Este seguimiento se realiza de manera mensual al programa Institucional de Farmacovigilancia, el cual entre sus objetivos tiene como fin la identificación, evaluación y gestión de los reportes de eventos o reacciones adversas asociados con la seguridad de los medicamentos una vez salen al mercado y finalizan con su administración en cada uno de nuestros pacientes atendidos en la red hospitalaria o su baja por vencimiento. A continuación, se relacionan los reportes realizados de manera mensual por cada Hospital y Centro de salud adscritos a la Entidad, durante la vigencia 2023.

MUNICIPIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
Arauquita	1	1	0	2
Pampuri	0	0	1	1
Fortul	0	0	1	1
Tame	1	1	0	2
Pto Rondón	1	0	1	2
Cravo Norte	1	0	0	1
Pto Jordán	1	1	1	3
Panamá	0	0	0	0

La ESE Departamental Moreno y Clavijo, busca para este periodo 2023, seguir generando la cultura de la buena administración de los medicamentos, esto con el fin de continuar el trabajo en equipo que se realiza con los programas Seguridad del pacientes y el uso seguro y racional de los mismos, se continua implementando la búsqueda de reportes por parte del personal de farmacia, dando cumplimiento a la Farmacovigilancia Activa, se reitera el

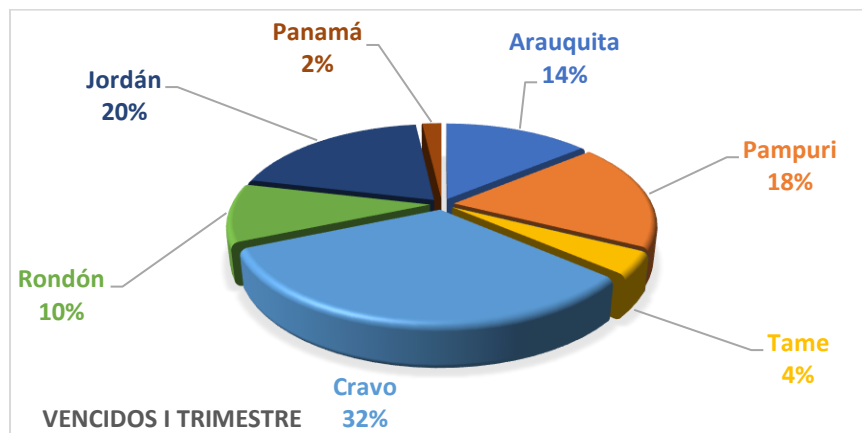
 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 188 de 224


compromiso que deben tener todo personal asistencial para el constante y adecuado reporte de todo lo relacionado con los medicamentos en cada uno de los servicios donde se mantiene un stock de medicamentos.

2. SEGUIMIENTO A LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS VENCIDOS DE LA RED HOSPITALARIA.

Los Hospitales y Centros de salud adscritos a la ESE Departamental Moreno y Clavijo, realizan de manera mensual seguimiento y control mediante la metodología de la semaforización según fechas establecidas por la institución, con el fin de minimizar bajas de medicamentos y dispositivos médicos ya sea por vencimiento o averías.

I TRIMESTRE				
HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
Araucuita	\$ 53.340	\$ 927.957	\$ 125.270	\$ 1.106.567
Pampuri	\$ 7.140	\$ 1.172.295	\$ 271.698	\$ 1.451.133
Fortul	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Tame	\$ 78.453	\$ 0	\$ 229.960	\$ 308.413
Cravo	\$ 0	\$ 1.277.800	\$ 1.273.774	\$ 2.551.574
Rondón	\$ 107.068	\$ 350.101	\$ 336.918	\$ 794.087
Jordán	\$ 28.760	\$ 108.200	\$ 1.400.427	\$ 1.537.387
Panamá	\$ 88.095	\$ 0	\$ 58.578	\$ 146.673



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 189 de 224

Se puede observar en la gráfica anterior que el Hospital de Cravo norte con un 32% fue quien más genero bajas de medicamentos y dispositivos médicos seguido del Hospital de Pampuri con un 18%, pese a que se realiza su respectiva semaforización de manera mensual y constante, se genera volumen en vencimiento en la Farmacia de Cravo Norte por la dificultad de rotación que se tiene con los otros hospitales de la misma red debido a la distancia y el poco transporte.

3 ACTIVIDADES A DESARROLLA: RESULTADOS – CONCLUSIONES.

HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

MEDIDAS DE MEJORA:

se realizan verificación de derechos, solicitud de autorización por medio de las plataformas de las EPS, notificación de servicios adicionales.

Se utilizan las plataformas como Nueva EPS, Sanitas y Coosalud para la respectiva verificación de los usuarios y en algunas para solicitar autorizaciones.

Se cuenta con un directorio actualizado con las diferentes EPS, que contiene línea telefónica y correo electrónico, estas se socializan con los facturadores.


Se realizan mensualmente capacitaciones y actualización de contratos con el equipó de facturación.

RECEPCION DE FACTURACION FISICA Y VALIDACION DE RIPS:

Se enviaron dentro de los 5 primeros días de cada mes, tiempo establecido según circular interna la facturación generada en físico y en magnético, validados y soportes de facturación generada por evento en magnético para el área de auditoría y se envían los 5 primeros días de cada mes Rips validados. Se entregaron los Rips Nueva Eps validados por plataforma.

ACCIONES REALIZADAS:

- Se actualizan las Bases de Datos por parte de las EPS.
- Se está registrando los usuarios atendidos en hospital en la plataforma de migración Colombia.
- Se están registrado los accidentes de tránsito en la plataforma de SIRA.
- Se está consignado el recaudo de particulares.
- Se está cargando toda la facturación por evento a la DIAN.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 190 de 224

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

- Durante el primer trimestre del año 2023, se venido avanzando en cuanto el mejoramiento de la infraestructura de la institución, como es mejoramiento de paredes, impermeabilización de la viga canal del techo del de diferentes áreas, recuperación de espacios
- Se han brindado charlas de humanización a todos los servicios con apoyo de la sala de primera acogida
- Los primeros diez de cada mes se realizan de los comités de ética hospitalaria donde se evalúa cada servicio en pro de idear propuestas y seguir mejorando cada uno de los procesos asistenciales y administrativos
- Se realiza mensual comité con la asociación de usuarios, donde se evalúa la atención de los mismos para idear propuestas de mejora en cuanto a la atención

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS


CONCLUSIONES

- Se evidencia un aumento en el porcentaje de cumplimiento de los indicadores de Nueva Eps.
- Durante el primer trimestre no se ha enviado reporte de glosas ni se ha socializado por parte del área encargada.
- La satisfacción de los usuarios es correspondiente al 100%, lo cual es un logro importante dado que nuestra razón de ser es prestar servicios de salud y nuestros usuarios son nuestro eje principal.
- Durante la elaboración de este informe se evidencia un Impacto positivo debido a que permite el desempeño y producción de la institución durante el trimestre, además se logra identificar debilidades en la producción para corregir y mejorar las mismas para el II trimestre.

HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI

CONCLUSIONES

Al realizar este informe se conoce el avance que se ha realizado en el primer trimestre del 2023, cuáles son las fortalezas, en que área se tiene que mejorar y cuáles son los indicadores que nos evalúan y se deben tener en cuenta para cumplirlos. Además, se hace referencia de los logros que se han alcanzado por el apoyo de la sede central y por las gestiones que se realizan desde el Hospital.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 191 de 224

Así mismo se seguirá trabajando como institución para cumplir con la prestación de los servicios a los usuarios con humanización y cumplir las metas de las EAPB, así como seguir mejorando en la infraestructura del Hospital San Ricardo Pampuri.

HOSPITAL SAN ANTONIO TAME

LOGROS:

- ✚ En el primer trimestre 2023 se aumentaron las actividades de promoción y prevención por parte del equipo de salud
- ✚ Se prolongó el trabajo articulado con las diferentes entidades como **ASOJUNTAS, CDI, ASOMIN, COLEGIOS, LIDERES COMUNITARIOS** y otras para el fortalecimiento de los programas de las 3280 mediante brigadas de salud

CONCLUSIONES


La articulación de los distintos entes promotores de la salud generó beneficios que redundan en la mejora de la salud de la población atendida.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Se recomienda garantizar el buen funcionamiento para la generación de informes, ya que el sistema informático 360 actual ha presentado dificultad para la recolección de información que debemos presentar desde el servicio PyP, generando muchas veces datos que no coinciden con las actividades realizadas, por lo tanto, ocasiona cambios y retrasos en el proceso de nuestra institución.

CONCLUSIONES

Según la evaluación del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2023, se ha logrado el cumplimiento de las metas y estrategias, incluso superando algunas de ellas en la E.S.E. Departamental de primer nivel Hospital San Antonio de Tame. La implementación del nuevo software salud 360 ha generado cambios en los procesos, lo que ha afectado el número de usuarios diarios, pero se ha evidenciado un aumento en el número de exámenes por orden médica y en la solicitud de órdenes de controles de los pacientes de urgencias y hospitalizados. Durante el primer trimestre del año 2023, se ha intentado aumentar las cifras de realización de terapias respiratorias, y se ha evidenciado una disminución en los casos positivos de COVID-19 debido a la vacunación en la población.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 192 de 224

En cuanto a los eventos notificados, se evidencia una disminución de casos positivos de COVID-19, pero se han presentado aumentos en los casos de violencia de género e intrafamiliar y en el evento de sífilis gestacional. Se ha brindado educación a la comunidad y al personal de salud para intentar bajar la incidencia de la violencia de género e intrafamiliar, y se ha realizado aplicación de tratamiento a las usuarias con sífilis gestacional de acuerdo a la guía de práctica clínica para evitar la sífilis congénita.

La producción del primer trimestre del año 2023 ha presentado un aumento en todos los procedimientos correspondientes a odontología e higiene oral en comparación con el cuarto trimestre del año 2022. En cuanto a los medicamentos, se observa una proporción del 90% en la salida y consumo en los meses de enero, febrero y marzo. Además, se ha dado cumplimiento al 100% en la revisión de los carros de reanimación y ambulancias durante los tres meses evaluados, y se ha evidenciado una disponibilidad del 99% en el mes de enero y del 97% en el mes de marzo de los medicamentos y dispositivos médicos en la institución. No se han reportado eventos adversos en los meses de febrero y marzo.

RECOMENDACIONES

- ✚ El ingeniero biomédico debe capacitar periódicamente en el uso adecuado de los equipos e implementos de laboratorio.
- ✚ Laboratorio clínico es uno de los servicios de mayor producción en la mayoría de las instituciones de salud del país; pero ello no se evidencia aquí ya que son muy pocas las pruebas que son cobradas por evento; y tanto las pruebas que se realizan por consulta externa como las de urgencias son cargadas a la contratación por cápita.
- ✚ El laboratorio clínico de toda institución, es uno de los servicios que más factura; pero sus ganancias no se ven reflejadas porque la contratación no contempla todos los aspectos a tener en cuenta; como gasto de insumos, mano de obra, infraestructura.
- ✚ El nuevo software salud 360, facilitó el proceso de facturación, sin embargo, se considera importante y necesario revisar la metodología para la generación de informes periódicos, lo anterior teniendo en cuenta que es muy dispendioso al tener que realizar varias maniobras.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 193 de 224


ANEXOS



HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL

ACCIONES REALIZADAS:

- Cuando se presentan se realiza retroalimentación y seguimiento a las devoluciones se les da manejo por parte del Área de facturación.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 194 de 224

- Se informa a la sede central en específico al coordinador de facturación las inconsistencias o dudas que se presentan al momento de facturar, esto con el fin de mejorar cada día y así en lo posible evitar futuras glosas.
- Se mantiene constante comunicación con las demás áreas a fin de recibir el apoyo requerido en cualquiera de las circunstancias que se le presenten para el cumplimiento de sus obligaciones.
- Se realizan comités semanales para evaluar la facturación y corregir falencias en historias clínicas y se les informa los profesionales.
- Diariamente se revisan agendas de todos los programas para revisión de rips.
- Diariamente se revisa que las consultas que no fueron facturadas se eliminen de las agendas. Igualmente se verifica las consultas que no fueron atendidas pero que no se les cerro la historia por lo general sucede cuando el paciente factura, pero al final no asiste a la consulta.
- Se está en constante comunicación con los dos equipos de facturación tanto el de urgencias como el de consulta externa donde se les informa las directrices que envían de la sede central con el fin de mejorar y actualizarnos al momento de generar facturación.
- Semanalmente se genera herramientas que dejen ver errores en facturación y rips los cuales son corregidos por el área de facturación en el menor tiempo posible.
- Se está verificando el correo constantemente para dar respuesta en el menor tiempo posible a las solicitudes enviadas de la sede central, igualmente de las demás instituciones.
- Se gestiono el cambio de escritorios de facturación de citas haciendo un ambiente laboral más presentable y agradable a los pacientes.

HOSPITAL SAN JOSE CRAVO NORTE

CONCLUSIONES:

- Nuestra IPS genera relevancia en la región en materia de cobertura, atención general, actividades de Promoción y Prevención (algunas especializadas), los

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 195 de 224

niveles de desempeño la mayoría se presentan en sentido positivo y creciente, llegándose a considerar como fortalezas las actividades Ambulatorias, el servicio de urgencias, servicios de odontología y como relevante el mejoramiento de cumplimiento de indicadores del programa PyM.

- La eficiencia operacional reflejada en los indicadores con un giro, estancia corta se encuentran de acuerdo a nuestro nivel de complejidad y capacidad instalada.
- Se recomienda fortalecer la vigilancia de los eventos adversos.
- Contratar una persona exclusivamente para mantenimiento para cumplir con estas actividades que requieren con urgencia ser atendidas.
- Habilitar el cuarto de residuos sólidos ya que estos se tienen en un lugar no adecuado sin ninguna seguridad lo que puede ocasionar contaminación ambiental en la institución.
- Terminar y habilitar la morgue transitoria.
- Trasladar el servicio de odontología a la nueva instalación del hospital ya que se presentan quejas de parte de los usuarios por las condiciones de la infraestructura del lugar y no poder contar con esta atención en misma sede donde vienen a recibir otros servicios.
- Se mejoro la oportunidad y accesibilidad de la atención en salud en todos los servicios, logrando calificación optima, fomentando el trabajo humanizado y el respeto hacia los usuarios, dentro y fuera de la institución.

CENTRO DE SALUD DE PANAMA


CONCLUSIONES:

- Capacitación sobre la resolución 3280 al personal que labora en la institución por parte del médico y enfermera jefa de la institución.
- Se están registrado los accidentes de tránsito en la plataforma de SIRA.
- Se está consignado el recaudo de particulares.
- Se realizan los respectivos reportes de eventos adversos farmacovigilancia, y seguridad del paciente.
- La contratación de nuevo médico para el área de PYM.

CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL – PUERTO JORDAN

CONCLUSIONES:

Hemos podido ver por medio de este informe como en el Centro de Salud se ha ido implementando la atención hacia los usuarios mediante los programas de los ciclos de vida según la resolución 3280 del 2018, teniendo en cuenta la contratación que se hace con cada una de las eps, se llevan a cabo estrategias para llegar al cumplimiento de estas metas, sin contar con una persona a cargo de la demanda inducida se ha involucrado a todo el personal para llevar a cabo dicho objetivo, sin embargo ya se hizo la solicitud de esta persona a la sede central para realizar una mejor demanda inducida.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 196 de 224

Podemos observar que a pesar de que hubo un mes sin médico en el servicio de urgencias la producción se sostuvo, esto significa que ya con el médico las metas y la producción seguirán aumentando.

El Objetivo del centro de salud es seguir teniendo estrategias e ideas claras, junto con sus trabajadores que cada día apunten al buen funcionamiento de cada servicio prestado.

Se requiere de la contratación de la persona para demanda inducida para lograr cumplir con las metas establecidas por cada eps porque debido a la falta de canalización no hemos podido cumplir en algunos programas.

ANÁLISIS DE PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES:

Durante el año 2023 se generaron estrategias para la elevación de las coberturas de COVID-19 como barridos casa a casa, asistencia a colegios, planes de choque, en las empresas se generaron estrategias, pero el resultado no fue tan satisfactorio como se esperaba, hay mucha no receptividad ante el biológico independientemente del biológico que fuera, se generaron muchos disentimientos y no aceptación de manera verbal a la aplicación del biológico.

ANÁLISIS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

RESULTADOS:

Durante el primer trimestre de 2023 la Vigilancia Epidemiológica se ha realizado en cada uno de los Hospitales y Centros de Salud, con la Captación de los casos de Interés en Salud Pública que son Notificados en el Sistema de Vigilancia Nacional- SIVIGILA con una oportunidad del 100%. La Operatividad de los Comités de Vigilancia Epidemiológica y los Comités de IAAS


CONCLUSIONES:

- Se logra la consolidación de información para la Vigilancia epidemiológica y se realiza la Notificación al SIVIGILA con una oportunidad del 100% con la finalidad de dar a conocer el comportamiento de los Eventos de Interés en Salud pública en la Red hospitalaria de la ESE MYC.
- Se realizan acciones que desde la Vigilancia Epidemiológica se realizan con la finalidad de la operativización de los procesos como las BAIS Semanales y mensuales con la finalidad de buscar los Eventos que deban ser notificados.

RESULTADOS DE PROGRAMA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

RESULTADOS

- Se continúan las brigadas de salud extramural de manera periódica en toda la red hospitalaria de la ESE.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 197 de 224

- Se continúa siendo pioneros con el cumplimiento de la toma de colposcopias + biopsias en toda la red hospitalaria.
- Se logró posesionar el servicio de Ginecoobstetricia en toda la red hospitalaria de la ESE.
- Se fortaleció contractualmente la toma de los laboratorios clínicos de segundo nivel de atención, que complementan las rutas integrales de atención en salud.
- Se establecieron planes de mejora para dar cumplimiento a las metas establecidas.
- Se implementaron estrategias de atención los días sábados, para dar cumplimiento al programa PAPSIVI de forma integral.

CONCLUSIONES

- ✚ Implementar más estrategias hasta que se cumpla con la captación de gestantes por encima del 85% oportunamente antes de las 10 semanas de gestación.
- ✚ Llevar a cabo registro de la producción realizada en el área extramural y el área intramural.
- ✚ Caracterizar toda la población atendida para actualizar bases de datos en los sistemas de información.
- ✚ Llevar a cabo los programas radiales en cada uno de los municipios donde opera la red hospitalaria, haciendo énfasis en la importancia que la mujer gestante ingrese antes de las 10 semanas de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad materna y perinatal.
- ✚ Brindar todos los servicios de salud con calidad y calidez y verificar que cada usuario atendido cumpla con el criterio de integralidad de la ruta.
- ✚ Realizar capacitaciones continuas en cada uno de los hospitales para recalcar lo estipulado en la resolución 3280 de 2018.
- ✚ Establecer parámetros de control que nos permitan dar seguimiento al riesgo individual del usuario, cumplimiento con los tiempos establecidos de acuerdo a normatividad vigente.
- ✚ Realizar visitas de acompañamiento y auditorias permanentes en cada uno de los municipios donde opera la red.
- ✚ Informar a la ERA cuando no se pueda encontrar un usuario a través de los correos electrónicos. Así mismo aquellos usuarios que no se encuentran dentro del departamento para que se realice la gestión administrativa de traslado o según el caso que corresponda.

ANEXOS

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 198 de 224

1. Formato de la matriz de seguimiento por EPS del régimen subsidiado.
2. Indicadores de seguimiento de Nueva EPS y Comparta con corte al mes de septiembre del año en curso.
3. Formato de Auditoria de Historias clínicas de Enfermedad Hipertensiva y Programa de Crecimiento y desarrollo.
4. Formato evaluación del indicador de gestantes ingresadas antes de las 12 semanas de gestación.


3.7 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Las cifras para el I trimestre del 2023 siguen siendo números que impactan las actividades de nuestras instituciones, dentro de los traslados a ejecutar se vela porque sean bajo los criterios y estándares necesarios con el fin de evitar gastos innecesarios.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	18	21	16	55
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	39	50	56	145
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	20	16	10	46
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	39	41	36	116
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	76	92	115	283
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	242	268	308	818
HOSPITAL SAN FRANCISCO	68	58	97	223
TOTAL	502	546	638	1.704

CONCLUSIONES

Con el servicio de referencia y contra referencia le brindamos a nuestros usuarios la atención de traslados de APH que son traídos desde sus casas o recogidos hasta nuestros

 Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 199 de 224

hospitales y centros Asistenciales y a los diferentes Hospitales de segundo nivel como lo son Hospital san Vicente de Arauca y Hospital del Sarare y entre la misma red hospitalaria al hospital san Antonio de Tame durante el Primer trimestre hubo un promedio de 1704 remisiones a diferentes hospitales.

3.8 SUBPROCESO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Para el Programa de Vigilancia Epidemiológica se realiza la verificación de la Oportunidad en la Notificación semanal de las UPGD, la Oportunidad en el cargue de la Notificación Semanal al Portal SIVIGILA 4.0, oportunidad en el cargue los RIPS al SIANIESP y la Notificación de los eventos de Interés en Salud Pública de notificación Colectiva e Individual.

➤ Oportunidad en la Notificación Semanal UNM SIVIGILA 2022.


Durante el primer trimestre de 2023, las diferentes UPGD de la Red de la ESE Moreno y Clavijo, realizan la Notificación semanal al SIVIGILA de manera oportuna durante las 12 semanas epidemiológicas, mediante el envío de los archivos planos a la Unidad Notificadora Municipal los días lunes antes de las 12m, sin importar si es feriados. Con un 100% en la oportunidad en la notificación al SIVIGILA de los eventos de Interés en Salud Pública en las ocho UPGD de la ESE. Siete hospitales y centros de salud tienen las 12 semanas epidemiológicas positivas excepto Centro de Salud Juan de Jesús coronel que tiene 7 semanas negativas, es decir no tiene eventos de Interés en Salud Pública para reportar en esas semanas epidemiológicas (Tabla N°1)

Tabla N1. Porcentaje de oportunidad en la Notificación semanal al SIVIGILA.

MUNICIPIO	TIPO DE UNIDAD	NOMBRE UPGD	CODIGO DEL PRESTADOR	SUB-CODIGO	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANAL			CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACIÓN			
					NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS EVALUADAS POR PERIODO	% CUMPLIMIENTO	N° DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	N° DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSAS	% DE CUMPLIMIENTO
ARAUQUITA	UPGD	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	8106500206	02	12	12	100	12	0	0	100
	UPGD	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	8106500206	40	12	12	100	12	0	0	100
	UPGD	CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	8106500206	17	12	12	100	12	0	0	100
FORTUL	UPGD	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	8130000206	06	12	12	100	12	0	0	100
PUERTO RONDÓN	UPGD	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	8159100206	05	12	12	100	12	0	0	100
CRAVO NORTE	UPGD	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO N	8122000206	04	12	12	100	12	0	0	100
TAME	UPGD	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	8179400206	03	12	12	100	12	0	0	100
	UPGD	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	8179400206	07	12	12	100	5	7	0	41,7

Fuente: SIVIGILA 2023

En este periodo se diseña y se socializa el Formato para el seguimiento de la Notificación semanal y el cual será alimentado con la información de los correos del envío de las Notificaciones a la Unidad Notificadora Municipal semana a semana, donde se verifica el

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 200 de 224

cumplimiento de la Notificación Semanal y el Acumulado de las notificaciones de las semanas positivas, notificaciones negativas y semanas silenciosas

➤ **Oportunidad en el cargue de la Notificación Semanal al Portal SIVIGILA 4.0 2022**

Las diferentes UPGD de la Red de la ESE Moreno y Clavijo, realizan la Notificación al Portal SIVIGILA 4.0 de manera oportuna durante las 12 semanas epidemiológicas de este periodo, mediante el envío de los archivos planos a la Unidad Notificadora Municipal- UNM, los Cinco hospitales realizaron el envío de la información con 100% de oportunidad.(Tabla N°2)

Tabla N2. Porcentaje de oportunidad en la Notificación semanal al Portal SIVIGILA 4.0

UPGD	ENERO	FEBRERO	MARZO	% ENVIO	% OPORT
HSJD-PUERTO RONDON	SI	SI	SI	100%	100%
HSAT- TAME	SI	SI	SI	100%	100%
HSLA- ARAUQUITA	SI	SI	SI	100%	100%
HSJCN- CRAVO NORTE	SI	SI	SI	100%	100%
HSFF- FORTUL	SI	SI	SI	100%	100%

Fuente: SIVIGILA 2023

➤ **Oportunidad en reporte SIANIEPS- cargue al SIVIGILA**


Para el primer trimestre del 2023, el Sistema de Información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud pública realiza cargue de los Rips al SIANIEPS de manera mensual y de forma oportuna, evidenciándose un 100% en el envío y en la Oportunidad de entrega de las ocho hospitales y Centros de Salud que conforman la Red de la ESE MYC.

➤ **Notificación de eventos de Interés en Salud Pública – SIVIGILA ESE Moreno y Clavijo a semana 12, casos a periodo epidemiológico 3 del 2023.**

Durante las 12 primeras semanas epidemiológicas del 2023, todas las Unidades Primarias Generadoras del Dato- UPGD, adscritas a la Red de la ESE Departamental de Primer nivel Moreno y Clavijo, evidenciándose el cumplimiento de los Lineamientos Nacionales de la Notificación de los Eventos de Interés en Salud Pública con un consolidado de 478 notificaciones Individuales y 2391 casos de Notificación Colectiva (IRA- EDA-Brotos).

a. Notificación Colectiva:

Dentro de las Notificaciones Colectivas reportadas al SIVIGILA se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas- IRA con un total de 1936 casos durante el primer trimestre o tercer periodo epidemiológico notificados por los diferentes hospitales y Centros de Salud, en primer lugar se encuentra el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 685 casos, le siguen el Hospital San Antonio de Tame con 637 notificaciones, con 252 casos el Hospital San Francisco de Fortul está en tercer lugar, el Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón reportó 208 casos de IRA, de igual forma los Hospitales de Cravo norte, el Centro

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 201 de 224

de Salud de Panamá de Arauca y el centro de Salud Juan de Jesús Coronel realizan sus notificaciones semanales.

Otra de las Notificaciones colectivas son las Enfermedades Diarreicas Agudas- EDAs- que semana a semana se realiza la notificación al SIVIGILA, encontrándose en primer lugar el reporte del Hospital San Antonio de Tame con 203 casos, en segundo lugar el Hospital San Francisco de Fortul, le sigue el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 89 reportes, en cuarto lugar encontramos al Hospital San Ricardo Pampuri con 24 casos, le siguen en su orden, el Hospital San Juan de Dios, el hospital San José de Cravo norte, el centro de salud de Panamá de Arauca y el Centro de SALUD Juan de Jesús Coronel

Se reportaron 2 Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos en el Hospital San Antonio de Tame y Centro de Salud Juan de Jesús Coronel con un total de 35 personas afectadas que fueron atendidos en estas dos instituciones y un Brote de Varicela en el hospital san Antonio de Tame. (Tabla N 3)

Tabla N 3- Notificaciones Colectivas

EVENTOS	HSLA	HSAT	HSFF	HSRP	HSJCN	HSJDD	CSJJC	CSPA	TOTAL
MORBILIDAD EDA	89	203	100	24	12	18	2	4	452
MORBILIDAD IRA	685	637	252	61	72	208	2	19	1936
BROTE ETA	0	1	0	0	0	0	1	0	2
BROTE VARICELA	0	1	0	0	0	0	0	0	1

b. Notificación Individual.

De los eventos de reporte individual se reportan a periodo 3 un total de 478 casos, observándose que la Enfermedad de Dengue es el Evento más notificado con un total de 136 casos, especialmente en los hospitales san Lorenzo de Arauquita con 50 casos, de igual forma tiene un reporte de 27 casos para el Hospital San Antonio de Tame, 22 casos para el HSFF y 16 casos para el Hospital San Ricardo Pampuri, y 11 para el Hospital San José de Cravo Norte donde se observa un incremento del 100% de este evento. Las violencias de género (115 casos) están en segundo lugar y las agresiones por Animales potencialmente transmisores de Rabia (91 reportes) son los eventos en segundo y en tercer lugar respectivamente.

En el Periodo 3 ya se tienen reporte de 15 casos de Sífilis Gestacional, un llamado a todos los que atienden a las maternas y es hacer seguimiento, tratamiento y todas las acciones necesarias para que estas gestantes no lleguen a una Sífilis Congénita. Que como se observa ya se tiene 3 reportes de Sífilis Congénita que, aunque no fueron diagnosticadas en nuestras instituciones, sí fueron maternas que estaban o deberían estar en los programas de maternas.

Los casos de Intento de Suicidio e Intoxicaciones tienen 15 casos reportados a periodo 3, por lo que se debe buscar alternativas para que no recaigan y lleguen a un suicidio.


Al realizar la verificación de los casos notificados por cada hospital y centro de salud se evidencia que el HSAT tiene un reporte total de 140 casos, le siguen el HSLA con 136 casos, San Francisco de Fortul tiene un consolidado de 67 notificaciones, le siguen San Ricardo Pampuri con 47 reporte y HSJCN con 27 eventos, los Centros de Salud y HSJD también han realizado la captación y reporte de casos de Eventos de Interés en Salud Pública captados.

Tabla N 4- Notificaciones Individuales

NOTIFICACION INDIVIDUAL- EVENTOS EN SALUD PUBLICA A SEMANA 12- 2023									
EVENTOS	HSLA	HSAT	HSFF	HSRP	HSJCN	HSJDD	CSJJC	CSPA	TOTAL
DENGUE	50	37	22	16	11				136
AGRESION APTR	25	34	7	6	4	5	3	7	91
VIOLENCIAS DE GENERO	42	20	14	18	5	12	3	1	115
SIFILIS GESTACIONAL	4	4	5						13
INTENTO SUICIDIO	1	7	4	1		1		1	15
INTOXICACIONES	3	3	3	2				1	12
DESNUTRICION < 5 AÑOS	2	9	3		1	1			16
ENFERM TRANS ALIMENTOS		5			1		3		9
ACC OFIDICO	1		3	2	1	1	1	2	11
VARICELA	2	7	2	1				1	13
TUBERCULOSIS	1	4	2		1				8
CHAGAS	2	2	1			3	6		14
BAJO PESO AL NACER									0
MORBILIDAD MATERNA EXT	2	2							4
TOSFERINA			1						1
MALARIA	2	1							3
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN				1	2			3	6
MORTALIDAD PERINATAL					1				1
VIH/SIDA	1								1
EVENTO ADVERSO VACUNAC		1							1
CANCER DE MAMA	2							1	3
PAROTIDITIS		2							2
LESIONES X POLVORA		1						1	2
LEPRA	1								1
SIFILIS CONGENITA * 3 (F Y A)									0
TOTAL	140	136	67	47	27	23	16	17	478

➤ **Vigilar el cumplimiento oportuno del envío de la Búsqueda Activa Institucional (BAI)**

Durante el primer trimestre el 2023 se realiza el reporte oportuno de las Búsquedas Activas Institucionales que tiene como finalidad Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por medio de identificar, recolectar y notificar información que permita el análisis y comprensión de las situaciones en salud, de acuerdo al comportamiento de estos eventos, para la toma de decisiones en las acciones de promoción, prevención y control de la Salud Pública de acuerdo a los Lineamientos Nacionales con el fin de Identificar casos de los Eventos de Vigilancia en Salud Pública que no fueron notificados al SIVIGILA.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 203 de 224

Este procedimiento inicia con la recolección de datos de los eventos de interés en salud pública notificados al sistema de vigilancia SIVIGILA para planear las acciones de vigilancia en salud pública y finaliza con el análisis de la información en el Comité Municipal de Vigilancia en Salud Pública y la aplicación de acciones de mejora al procedimiento.

Las 8 UPGD adscritas a la Red se realiza semanalmente el envío de la BAI a la Unidad Notificadora Municipal quienes a su vez la transfieren a la UAESA quien verifica la información y en su momento si se encuentran eventos que cumplan con la definición de caso se hace el requerimiento a la UPGD a la que pertenece para que realice la revisión de la Historia Clínica para confirmar el caso y realizar la respectiva Notificación al SIVIGILA.

➤ **Funcionamiento de los Comités de Salud Pública:**

Durante el primer trimestre en cada Hospital y Centros de salud se realiza mes a mes los Comités de Vigilancia Epidemiológica y de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), donde se realiza el Análisis de los eventos de Interés en Salud Pública notificados al SIVIGILA, y de las atenciones en Salud que pueden afectar a los usuarios. Además se realiza un Comité Institucional con todas los Hospitales y Centros de Salud dando operatividad al Comité de Vigilancia Epidemiológica, como lo define la Resolución 258 del 2021. Las Actas de los Comités de cada Institución se cargan a los Drive de las EPS y las Actas de los Comités Institucionales se envían a cada hospital.

➤ **INDICADORES DE GESTIÓN.**

INDICADOR 1.

- **Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH.**


FORMULA: $(\text{Número de niños menores de 18 meses con diagnóstico de VIH/sida hijos de madres VIH/sida}) / (\text{Número de menores de 18 meses hijos de madres con VIH/sida})$.

- Durante el primer trimestre No se reportaron casos de niñas y niños menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH para la vigencia del 2022.

Análisis: Se evidencia que el indicador se mantiene estable, ya que no se presentaron casos de niñas y niños menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH durante este periodo evaluado.

INDICADOR 2.

- **Tasa de mortalidad perinatal.**

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 204 de 224

FORMULA: (Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento) / (Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación 0 500 gramos o más de peso)

Durante el primer periodo del 2023 se reportó una Mortalidad Perinatal en el Municipio de Cravo Norte con una Tasa de afectación de 2.30

INDICADOR 3.

- **Relación morbilidad materna extrema (MME)/ Muerte materna temprana (MM)**

FORMULA: (Número de casos de MME) / (Número de casos de muerte materna (42 días)

EVENTO	ARAUQUITA		CRAVO NORTE		FORTUL		PUERTO RONDON		TAME	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	2	0.34	0	0	0	0.0	0	0.0	2	0.39

Durante el primer trimestre de 2023 se realiza la notificación de casos de Morbilidad Materna Extrema por el Hospital San Lorenzo de Arauquita con un reporte de 2 casos y 0 casos de Mortalidad Materna, el hospital San Francisco de Fortul reporta 2 casos de MME y 0 casos de Mortalidad Materna, El Hospital de Puerto Rondón no reporta casos de Morbilidad Materna Extrema y 0 casos de Mortalidad Materna, el Hospital San Antonio de Tame notificó 2 casos de MME y 1 Casos de Mortalidad Materna. El hospital San José de Cravo Norte no reporta casos de MME ni de MM.

La relación de MME (4) / MM (1)

INDICADOR 4

- **Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE**

Formula: Numero de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de Evaluación. Meta 0 casos.

Para el Primer Periodo no se han presentado casos de Sífilis Congénita en las maternas atendidas en la ESE MYC. Pero en otros hospitales de segundo nivel si han notificado casos de los municipios donde la ESE tiene su red hospitalaria.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 205 de 224

4. INFORME JURIDICA

El presente informe fue elaborado con corte de 1 de enero a 31 de marzo de 2023, y contiene las gestiones que ha venido adelantando por la Oficina Asesora Jurídica de la E.S.E. Moreno y Clavijo, en el desarrollo de su Plan de Acción Anual y los Planes Operativos Anuales por dependencia.


Teniendo en cuenta los puntos estratégicos definidos en el Plan de Acción anual, y explica los avances de sus objetivos estratégicos y las acciones que la E.S.E. ha venido trabajando este trimestre desde la Oficina Asesora Jurídica. Los puntos estratégicos son los temas definidos por la alta dirección de la E.S.E. Moreno y Clavijo, en los cuales la entidad se enfocará y los objetivos estratégicos son las líneas estratégicas de acción en los enfocados lograr la visión en la presente anualidad.

Para lograr los objetivos estratégicos se establecieron acciones a través del Plan Operativo Anual de la E.S.E. Moreno y Clavijo; Es importante destacar que los puntos estratégicos, los objetivos y las acciones desarrolladas por la entidad correspondieron a un ejercicio de planeación estratégica encaminadas al cumplimiento del objetivo de la entidad, que para el caso concreto de la dependencia a mi cargo- Oficina Asesora Jurídica, consiste en "... el diseño de estrategias, planes y acciones dirigidos a dar cumplimiento a las políticas de defensa jurídica de la Nación y del Estado definidas por el Gobierno Nacional; la formulación, evaluación y difusión de la políticas en materia de prevención de las conductas antijurídicas por parte de servidores y entidades públicas, del daño antijurídico y la extensión de sus efectos, y la dirección, coordinación y ejecución de las acciones que aseguren la adecuada implementación de las mismas, para la defensa de los intereses litigiosos de la Nación"

OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

Brindar asesoramiento jurídico y representar los asuntos judiciales y extrajudiciales para la defensa jurídica de la E.S.E. Contratar oportunamente la adquisición de bienes o servicios que garanticen la prestación de servicios de salud, por medio de la selección, evaluación y cumplimiento de los objetos y obligaciones contractuales.

De acuerdo a lo mencionado en la introducción, el Plan de Acción Anual de la E.S.E. es una herramienta que permite hacer el seguimiento y monitoreo año a año en la consecución

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 206 de 224

de los PUNTOS estratégicos que se ha trazado la E.S.E. Moreno y Clavijo, para desarrollar, y se construye de manera agregada con el fin de medir el impacto de la gestión de la entidad en la obtención de los objetivos estratégicos trazados para el 2023.

En lo que respecta a la Oficina Asesora Jurídica- Gestión jurídica y Contratación como programa le corresponden a la estrategia “Adherencia de políticas”, la cual en el Plan Estratégico Institucional 2020-2023.

GESTIÓN JUDICIAL.

El presente informe presenta las principales actividades de representación judicial que ha desarrollado la Oficina Asesora Jurídica ante las autoridades competentes, en pro de los intereses de la E.S.E. Moreno y Clavijo, durante el periodo comprendido desde el mes de enero a marzo de 2023, las cuales se describen a continuación


No.	Radicado	juzgado	Accionante	Accionado
1	810073333003-2022-00578-00	Juzgado Tercero Administrativo de Arauca	DIANA PATRICIA LOZANO	ESE MORENO Y CLAVIJO
2	810013333003-2022-00428-00	Juzgado Tercero Administrativo de Arauca	CARLOS ALBERTO MENDOZA SIACHOQUE	ESE MORENO Y CLAVIJO
3	817363184001-2022-00652-01	TRIBUNAL DE ARAUCA	JOSE GREGORIO MOTA CONTRERAS	ESE MORENO Y CLAVIJO
4	810013331001-2016-00295-00	Juzgado Primero Administrativo de Arauca	LUZ ISABEL SANCHEZ TAVERA	ESE MORENO Y CLAVIJO
5	81-591-40-89-001-2022-00004	Juzgado promiscuo de Puerto Rondón	DANIELA ROCIO ALCORRO RIVERA	ESE MORENO Y CLAVIJO
6	812204089001-2023-00111-00	Juzgado promiscuo de Cravo norte	MARIA MERCEDES FIGUEROA	ESE MORENO Y CLAVIJO

Se contestaron seis (6) tutelas antes los despachos judiciales de donde fueron interpuestas y admitidas posteriormente.

DEMANDAS CONTESTADAS.
• 0

Se contestó CERO (0) demandas dentro de los términos de ley.

GESTIÓN DISCIPLINARIA.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 207 de 224

Para el primer trimestre de 2023, se dio apertura de una (03) indagaciones preliminares archivándose 1:

GESTION DISCIPLINARIA	ACTUACIONES	PERIODO
QUEJAS 3	INDAGACION PRELIMINAR	DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE

GESTIÓN CONTRACTUAL,

Para el primer trimestre de 2023, se realizó la contratación de acuerdo a las necesidades planteadas para el cumplimiento de nuestro objeto social, teniendo en cuenta los estudios de conveniencia y oportunidad, así como el manual de contratación que constituye el punto de partida para iniciar la etapas precontractual, contractual y post contractual con observancia de los principios que deben imperar en la contratación del sector salud, teniendo en cuenta la naturaleza de la entidad.

TIPO DE CONTRATO	NUMERO DE CONTRATO	PERIODO
COMPRAVENTA	10	I TRIMESTRE
SUMINISTRO	24	I TRIMESTRE
PRESTACION DE SERVICIO	23	I TRIMESTRE
ARRENDAMIENTO	2	I TRIMESTRE
OBRA	1	
SEGUROS	1	I TRIMESTRE
CONSULTORIA	1	
TOTAL	62	

Se allegaron a la Oficina Asesora Jurídica, en total (62) Estudios previos de conveniencia y oportunidad, de los cuales se suscribieron en total (62) contratos., adelantándose el proceso contractual en un 100%.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 208 de 224

GESTION PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Finalmente, en cuanto a las peticiones, la oficina Asesora Jurídica atendiendo a lo señalado en el Decreto 1755 de 2015, y en aras de hacer efectivo el derecho fundamental de petición, consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional, Decreto 491 de 2020 y resolución 378 del le dio trámite a los derechos de petición, dentro de los términos legales, y con el fin de continuar con el mejoramiento continuo en los procesos de la entidad, se efectuaron revisiones a todos los contratos de Prestación de Servicios del personal, así como a las Certificaciones laborales.

En el tercer trimestre se allegan a la oficina asesora jurídica once (11) derechos Peticiones, y (8) Reclamaciones administrativas, a las cuales se les dio respuesta dentro del tiempo legal.

CLASE DE PQRS	NUMERO DE PQRS
DERECHOS DE PETICION	12

Así mismo, se efectuaron revisiones a las Resoluciones y demás actos administrativos.

5.INFORME CONTROL INTERNO

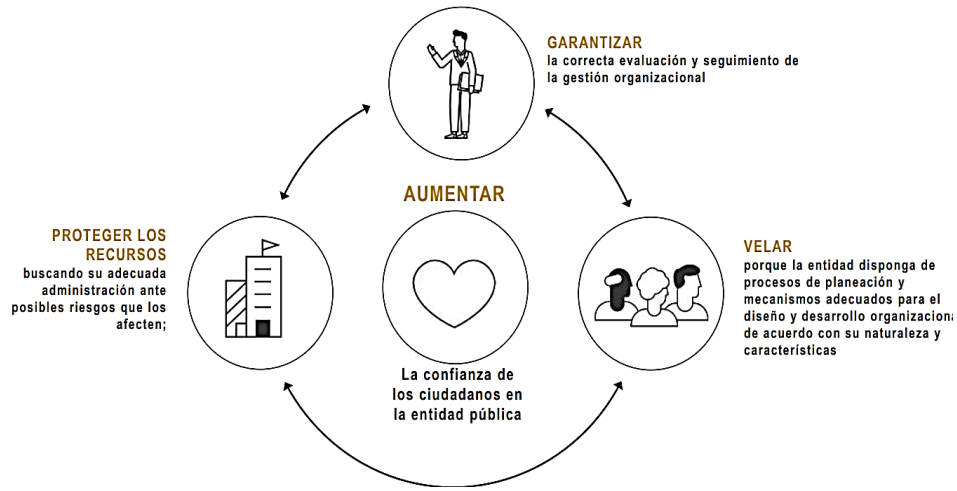
La Oficina de Control Interno de gestión, contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de la E.S.E Moreno y Clavijo; a través de un ejercicio independiente y objetivo de evaluación y asesoría enmarcada en las funciones establecidas en la ley 87 de 1993 para el cumplimiento de la misión institucional.

El sistema de Control Interno es el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos se realicen de acuerdo con las normas, las políticas trazadas por la dirección y las metas u objetivos previstos.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 209 de 224

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivos del Sistema de Control Interno



DESARROLLO DEL INFORME:


Actividades a desarrollar: la oficina de control interno cuenta con los siguientes

Roles Oficina de Control Interno o quien haga sus veces



- Liderazgo Estratégico

A través de este rol las unidades de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, se convierten en soporte estratégico para la toma de decisiones del nominador y del representante legal, agregando valor de manera independiente, mediante la presentación de informes, manejo de información estratégica y alertas oportunas ante cambios actuales

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 210 de 224

o potenciales que puedan retardar el cumplimiento de los objetivos de la entidad. Por lo anterior durante el primer trimestre del 2023 se presentaron los siguientes informes:

- Informe de Evaluación de la Gestión Institucional 2022
- Informe Derechos de Autor Licencias de Software 2022
- Informe Control Interno Contable vigencia 2022
- Informe PQRS II semestre 2022
- Informe Evaluación del Sistema de Control Interno segundo semestre 2022
- Informe de Seguimiento IV Trimestre 2022 al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

- Enfoque hacia la Prevención

La oficina de Control interno fomenta la cultura del autocontrol, brinda asesoría y formula recomendaciones con alcance preventivo a la dirección, facilitando la toma de decisiones y la mejora continua

En calidad de Secretaría Técnica del Comité de Coordinación de Control Interno, se realizó Comité, en el cual se presentó y aprobó el Plan Anual de Auditorías para vigencia 2023.

Se asistió en calidad de invitada a diferentes reuniones programadas en la ESE. Este rol también impulsa a la oficina de control interno a los acompañamientos en los diferentes procesos; en este trimestre se realizó con el área de Planeación en la actualización del mapa de riesgo de la entidad para la vigencia 2023, actividad en la que se vinculó a los diferentes líderes de procesos de la entidad.

- Evaluación de la Gestión del Riesgo


En este rol, las unidades u oficinas de control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces, juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles.

Se realizó último seguimiento a los riesgos de corrupción como parte del seguimiento efectuado al Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022.

Se realizó último seguimiento al Mapa de Riesgos de la institución, vigencia 2022. Se hicieron recomendaciones específicas en el II informe Semestral de la Evaluación del Sistema de Control Interno 2022.

Las auditorías se priorizan basadas en riesgos, evidenciando algunas debilidades y oportunidades de mejora a las cuales se generaron recomendaciones pertinentes.

- Relación con entes externo de control

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 211 de 224

La oficina de control interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, sirve como puente entre los entes externos de control y la entidad, además, facilita el flujo de información con dichos organismos. Las unidades de control interno facilitan la comunicación al órgano de control y verifican aleatoriamente que la información suministrada por los responsables, de acuerdo con las políticas de operación de la entidad, sean entregadas bajo los siguientes criterios: Oportunidad, Integralidad y Pertinencia.


Se realizó seguimiento a los cronogramas de informes que se deben presentar a los diferentes entes, pago de Impuestos y demás requerimientos solicitados por las entidades de vigilancia y control.

- Evaluación y Seguimiento

El seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno se realiza a través de las auditorías y seguimientos ejecutados por la Oficina de Control Interno contemplados en el Plan Anual de Auditorías Internas aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2023, con el propósito de identificar las oportunidades de mejora a la gestión y contribuir al logro de los objetivos institucionales. De acuerdo con lo anterior los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno para este trimestre son:


Seguimiento a la publicación de los Contratos en la plataforma SIA Observa y SECOP II por parte de las oficina jurídica y Talento Humano.
Se realizaron los seguimientos a los planes de mejoramiento que correspondían para este periodo.
Se realizó visita en calidad de auditoría a subprocesos aleatorios del Hospital San Lorenzo Arauquita

Las actividades contempladas en el Plan de Acción para la vigencia 2023 y que se han venido cumpliendo según el cronograma, son las siguientes:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 212 de 224

7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Establecer controles y generar el Autocontrol de todos los procesos y subprocesos con el fin de disminuir los riesgos en la entidad.	Informe seguimiento Mapa de Riesgos Institucionales
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Se realizara una auditoria aleatoria a los inventarios de consumo manejados por los hospitales y Centro Seguimiento al plan de mejoramiento producto de las hallazgos detectados en el desarrollo de las auditorias.	Informe de Auditoria o seguimiento a los Planes de Mejoramiento
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Realizar plan de auditorias para la vigencia.	Socializar y ejecutar el Plan de Auditorias
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Seguimiento y presentación informe Ley 1774 del 2011 art 76	Dos Informes PQRSF
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Seguimiento a planes de mejoramiento producto de las auditorias realizadas, de todos los procesos y subprocesos de la entidad.	Informe de Auditoria y/o Seguimiento Planes de Mejora
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Gestión Contractual (Auditoria periodica al proceso contractual)	Informe de auditorias realizadas
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Gestión talento humano (auditorias aleatoria de las Hojas de vida verificación de cumplimiento de requisitos y actualización de hojas de vida, cumplimiento de Planes de Talento Humano y evaluar la gestion del talento humano en la ESE Moreno y Clavijo.	Informes Auditoria
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Auditoria Medición Financiera (Proceso Contable, Facturación, Presupuesto, Cartera y Glosas)	Informes Auditoria
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Seguimiento y Evaluación Plan Anticorrupción	Informe seguimiento Plan anticorrupción
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Realizar evaluación anual del sistema de control interno contable.	Evaluación Anual del Sistema de Control Interno Contable Realizada
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Seguimiento del cargue la información y entrega de los informes a todos los entes de control.	Informe de oportunidad de la entrega de los informes mes a mes
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Realizar cuatro informes de austeridad del gasto	Informe cuatrimestral (Mayo, Septiembre, Enero siguiente vigencia)
7. Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE	ASESOR DE CONTROL INTERNO	Informes de Evaluación Independiente del Estado Sistema de Control Interno	Informes semestrales

Resultados

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 213 de 224

A continuación, se evidencian las auditorías y/o informes presentados según plan de auditorías vigencia 2023:

TÍTULO DE LA AUDITORIA	OBJETIVO	I CUATRIMESTRE			
		Enero	Febrero	Marzo	Abril
Informe Anual Control Interno Contable	Evaluar el sistema de Control Interno Contable a fin de dar cumplimiento en lo dispuesto en: * Resol.357 de Jul/2008 numeral 3,4,5 de Contaduría General de la Nación *Resol. 706 /2016 art. 2,3,8,9,10,11 y 16 de Contaduría General de la Nación *Ley 87 de 1993 - Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones *Resol.193 de 2016 de Contaduría General de la Nación * Decreto 648/2018 art. 2,2,21,2,5 literal d.				
Informe de evaluación a la Gestión Institucional (Evaluación por dependencias)	Cumplimiento de artículo 39 de la Ley 909 de 2004. Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial				
Informe de derechos de autor software	Directiva Presidencial No. 01 de 1999. Directiva Presidencial No. 02 de 2002. Circular 012 de 2007 de la Dirección Nacional de Derechos de Autor. Circular 17 de 2011 de la Dirección Nacional de Derechos de Autor. Circular 04 de 2006 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno				
Informe Trimestral de Austeridad en el Gasto	Decreto 1068 de 2015, artículo 2.8.4.8.2 . Decreto 0984 de 14 de mayo de 2012. Decreto Nacional 0984 de 2012 . Directiva Presidencial 03 de 2012. Directiva Presidencial N°09 del 09 de noviembre de 2018 – "Directrices de austeridad".				
Seguimiento Mapa de Riesgo de Corrupcion	Dar cumplimiento a art.2,1,4,6, Decreto142 de 2016. Guia pa ra la gestion del riesgo de corrupcion V4				
Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Ley 1474 de 2011, Decreto 2641 de 2012 art. 05				
Procesos aleatorios y subprocesos: Hospital San Lorenzo Arauquita	Verificar el cumplimiento de los controles internos diseñados y agregar valor a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interno y para mejorar la eficacia de los procesos.				
Seguimiento y elaboracion de informes de presentacion internos y externos	Emitir los controles de advertencia para aquellos procesos que puedan conducir a una extemporidad del informe y sancion por parte de los entes de control.				

CONCLUSIONES

En cada uno de los informes presentados por esta oficina, se han dejado recomendaciones importantes con el fin de fortalecer el sistema de control interno de la entidad que se encuentra operando, sin embargo, aún se requieren mejoras frente a sus componentes de ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 214 de 224

comunicación y monitoreo. En términos generales el Sistema de Control Interno se encuentra funcionando y con acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa. Además de los análisis efectuados se concluye que la entidad ha realizado esfuerzos para asegurar las

condiciones mínimas para fortalecer el Control Interno; gestionando e implementado mecanismos para dar tratamiento a los riesgos institucionales y mitigar su materialización; verificando que la información y la comunicación sean efectivas para su adecuada operación en la Entidad, y para el monitoreo y evaluación de la gestión institucional a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

6. INFORME CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.


El mejoramiento continuo de la calidad debe llevar a la ESE Moreno y Clavijo a un proceso de autocontrol interiorizado por cada uno de sus funcionarios, centrado en el cliente interno y externo, sus necesidades y expectativas; cumpliendo con las características del SOGCS: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad; cuyo principal insumo sea la identificación permanente de los aspectos del proceso susceptibles de mejoramiento, para poder determinar los ajustes y acciones necesarias que permitan superar las brechas de la no calidad.

De Conformidad a la normatividad vigente, la ESE Moreno y Clavijo ha venido implementado los cuatro componentes del SOGCS, los cuales se describen a continuación resaltando los avances y la gestión realizada en cada uno de ellos.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL: evidenciar el avance de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud, sus características y actores del sistema en la ESE Moreno y Clavijo durante la vigencia 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 215 de 224

- Lograr que el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud y el sistema de gestión de calidad, apoye y facilite el cumplimiento de la misión y visión de la ESE Moreno y Clavijo el logro de los objetivos de calidad
- Analizar en Desarrollo de la cultura de mejoramiento continuo en la ESE moreno y Clavijo, con el fin de lograr lo establecido en la política de calidad de la entidad.
- Implementar planes y programas orientados a incentivar el servicio, la capacitación y la seguridad para garantizar permanentemente la mejor atención al usuario.
- Diseñar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad mediante el cumplimiento de los requisitos para garantizar la mejora continua de los procesos de la entidad.

5. DESARROLLO DEL INFORME:

5.1 Actividades a desarrollar


Durante el primer trimestre de 2023, y siguiendo lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), se genera un plan de trabajo y seguimiento del mismo para dar cumplimiento en lo establecido en la normatividad vigente, a sabiendas que son cuatro componentes (Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.) sumando el proceso de gestión de calidad.

A continuación, se describe lo desarrollado en cada uno de estos componentes:

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH):

La implementación del Sistema Único de Habilitación en la ESE, se rige bajo la Resolución 3100 de 2019, por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.


- Se realiza la actualización en la plataforma REPS las novedades y el portafolio de servicios de las sedes hospitalarias adscritas a la ESE Moreno y Clavijo, para esta vigencia se adelantó la revisión de las constancias de habilitación para cada una de las sedes adscritas a la ESE, sus 6 hospitales, 2 centros de salud y 21 puestos de salud.
- De acuerdo al portafolio de servicios de salud prestados por la ESE para esta vigencia, se actualizo y se envió a las áreas pertinentes, esto con el fin de poder adelantar las negociaciones con las EAPB y el ente territorial del departamento y demás grupos interesados.
- Se adelantaron las novedades correspondientes generando los cierres temporales de los servicios de especialidades que ya no se están prestando en la entidad.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 216 de 224

- Se solicitaron las constancias actualizadas, autoevaluaciones y distintivos de habilitación y se enviaron a los directores y coordinadores de las sedes adscritas con el fin de que las conozcan, socialicen y las presenten ante cualquier solicitud ya sea por las EAPB con las que tenemos contratadas los servicios o las autoridades pertinentes.
- Se realizó acompañamiento a hospital San Lorenzo de Arauquita, San Antonio de Tame y San Francisco de Fortul, atendiendo vivistas de calidad por parte de la EPS, Sanitas, Coopsalud y Nueva EPS.
- Se generaron los planes de mejora acorde a los hallazgos presentados.
- Se realiza comité de calidad de acorde a lo establecido para el primer trimestre de 2023.
- Se solicita a los secretarios técnicos los comités asistenciales (seguridad del Paciente, Historias Clínicas, IAAS, Vigilancia Epidemiológica, y farmacia) acorde a las resoluciones emitidas desde gerencia para su respectivo seguimiento.
- Se realiza visita de inspección para evaluar el área de infraestructura en sala de partos del Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón, realizando autoevaluación de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3100 con el fin de solicitar la visita previa de la UAESA y poder habilitar este servicio en este hospital, dado como resultado que aún falta mejorar aspectos como las unidades sanitarias, acondicionamiento de las paredes, informe ya presentado a la gerencia.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC), Y SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA).

- La ESE Moreno y Clavijo, plasmo el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en salud - PAMEC- de acuerdo a la Resolución 5095 de 2018 por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Resolución 1328 De 202, Por medio de la cual se modifica el artículo 1o de la Resolución número 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los “Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”. se realizó la autoevaluación de acuerdo a los estándares de: Procesos de Atención Cliente Asistencial (PACA), Direccionamiento, Gerencia, Gestión Talento Humano, Gestión Ambiente Físico, Gestión Tecnológica, Gestión Información y Mejoramiento de Calidad con enfoque en la preparación para la Acreditación, construido con los líderes de procesos y los gerentes responsables de la ejecución de actividades, donde se priorizaron las oportunidad de mejora en la atención del pacientes y su familia para vigencia 2023.
- Se genera acto administrativo, RESOLUCION N° 11 de 2023 (10 de enero 2023) “Por la cual se adopta el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 217 de 224

la Calidad de la Atención en Salud –PAMEC- de la ESE Departamental Moreno y Clavijo, para la Vigencia 2023”


- Dentro de los aspectos a mejorar en la atención se tuvo en cuenta principalmente los Procesos de Atención Cliente Asistencial (PACA), el direccionamiento estratégico, el plan de gestión, la gestión clínica y la seguridad del paciente, con el fin de unificar esfuerzos para el mejoramiento de los mismos y ser coherentes en su gestión.
- Es importante resaltar que la acogida al manual de acreditación en salud ha revaluado los procesos de la ESE, por lo que seguidamente se trabajara en su modificación con el fin de facilitar el logro de los resultados de calidad de la atención en salud.
- Frente a la fecha de elaboración del presente documento se ha establecido como estrategia la elaboración inicial de planes de mejora en las oportunidades de mejora debido avance del año 2022 que alcanzo 93.42 % coordinando en adelante un proceso anual para la ejecución y cumplimiento.

RUTA DE FORMULACION DE PLANES DE MEJORA Y PAMEC

ESTANDARES	RESPONSABLE EQUIPO	CARGO
PACA-Deberes y derechos	Paula Andrea Duarte y Ruth Leonora Díaz Ayala	Asesora de Planeación y subgerente financiera
PACA- Ambulatorio- Hospitalario	Julye Avila Sguerra y Ruth Leonora Díaz Ayala	Subgerente en salud y subgerente financiera
PACA- IPS en Red	Julye Avila Sguerra	Subgerente en salud
PACA- Laboratorio clínico Imagenología	Julye Avila Sguerra	Subgerente en salud
Direccionamiento	Paula Andrea Duarte	Asesora de Planeación
Gerencia	Ruth Leonora Díaz Ayala	Subgerente Financiera
Talento Humano	Ruth Leonora Díaz Ayala	Subgerente Financiera
Gestión del ambiente físico	Ruth Leonora Díaz Ayala	Subgerente Financiera
Gestión de la tecnología	Ruth Leonora Díaz Ayala	Subgerente Financiera
Gestión de la información	Julye Avila Sguerra	Subgerente en salud
Seguridad del Paciente	Lizeth Pérez	Líder Seguridad del Paciente
Mejoramiento de la calidad	Freddy Alexander García	Asesor de garantía calidad

PLANES DE MEJORA Y PROGRAMA DE AUDITORIA

El programa inicia el 10 de enero 2023 y se desarrollará acorde al cronograma estructurado para cada acción de mejora, con el fin de que adicionalmente se realicen acompañamientos

 Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 218 de 224

para su cumplimiento; se programan 4 auditorías internas de seguimiento y de evaluaciones para PAMEC 2023, las cuales son las siguientes: 31 de marzo, 22 de junio, 29 de septiembre y 21 de diciembre 2023


ACREDITACION


Se realiza plantilla en archivo XLS CÓDIGO: GGC-FO-021 están definidos los estándares priorizados en la vigencia 2023; donde Se identificaron 72 acciones de mejoras para la vigencia 2023.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD.


Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, para la ESE Moreno y Clavijo es indispensable y además obligatorio hacer el respectivo seguimiento, control, evaluación y planes de mejora cuando haya lugar para mantener la entidad acorde a lo establecido en la normatividad vigente en el SIC.

Resultados Primer trimestre de 2023

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN						MIS-FO-026	
		INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCION 256 DE 2016. I Trimestre 2023						Versión 02	
								Página 1 de 1	
CLASE	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL	INTERPRETACION	ANALISIS	FUENTE
EXPERIENCIA EN LA ATENCION (EA)	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2(Tcttl) y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico(Tau)	Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado (Ntp)	3.102	208	14,91	El tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como triage 2 en el servicio de urgencias es de 14,913 minutos, lo que representa la oportunidad de la atención del usuario en la red hospitalaria de la ESE.	1. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (5 minutos en promedio). 2. la oportunidad de la atención de los pacientes clasificados con triage2, para el cuarto trimestre del año 2022 está en un tiempo de 14,91 minutos, se mantiene dentro los parámetros normales según la resolución No. 0256. se trabaja con el personal médico y demás personal asistencial para ser oportunos en la atención de los usuarios por el área de urgencias.	Elaboración Propia
	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?	Número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%)	1.374	1.437	95,62%	El porcentaje de usuarios satisfechos con la atención durante la prestación del servicio en la entidad es de 95,62 %, lo que representa el grado de calidad de la atención al usuario en esta entidad.	1. Total de pacientes encuestados fueron 1437. 2. Contestaron "Muy buena" y "Buena" 1374 usuarios contestaron la pregunta de satisfacción global. Los resultados obtenidos muestran que durante el primer trimestre del año 2023 las IPS adscritas La ESE Moreno y Clavijo se obtuvo una opinión positiva ante los usuarios y que está cumpliendo con las expectativas en satisfacción de los mismos.	

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01	
		Página 219 de 224

	<p>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General</p>	<p>Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó</p>	<p>Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas</p>	<p>34.473</p>	<p>27.045</p>	<p>1,27</p>	<p>El tiempo de espera para la asignación de cita de Medicina General es de 1 día, esto representa la oportunidad de atención del usuario en la ESE</p>	<p>1. Durante el I trimestre de 2023 se asignaron 27045 citas para medicina general. 2. La oportunidad de cita de Medicina General está a 1,27 día, se mantiene dentro del rango de los 3 días según la normatividad.</p>
	<p>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General</p>	<p>Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó</p>	<p>Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas</p>	<p>9.655</p>	<p>8.882</p>	<p>1,09</p>	<p>El tiempo de espera para la asignación de cita de Odontología General esta a 1 día, esto representa la oportunidad de atención del usuario en la ESE</p>	<p>1. Durante el I trimestre se asignaron 8882 citas de odontología por primera vez. 2 La oportunidad de cita de odontología General de la ESE esta dentro los parámetros normales según la normatividad. Con oportunidad en la atención a 1 día.</p>
SEGURIDAD	<p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización</p>	<p>Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.</p>	<p>Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo por 1000</p>	<p>0</p>	<p>1.761</p>	<p>0,000</p>	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización es de 0,0 Tch, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p>	<p>1. El total de pacientes hospitalizados durante el trimestre fue de 1761 frente a una tasa de caídas de paciente de 0,0 Se evidencia efectividad en los practicas seguras en la atención en salud.</p>
	<p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias</p>	<p>Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo.</p>	<p>Total, de personas atendidas en urgencias en el periodo por 1000</p>	<p>0</p>	<p>7.635</p>	<p>0,000000</p>	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de URGENCIAS es de 0,0 Tcu.</p>	<p>para este periodo no se presentaron caídas de un pacientes, se continua en el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de las sedes adscritas a la ESE Moreno y Clavijo.</p>
	<p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa</p>	<p>Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo.</p>	<p>Total, de personas atendidas en consulta externa por 1000</p>	<p>0</p>	<p>44.554</p>	<p>0,000000</p>	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de consulta externa es de 0,0 Tce, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p>	<p>No se presentaron caídas de pacientes en el servicio de consulta externa durante el I trimestre de 2023</p>
	<p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</p>	<p>Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas</p>	<p>Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por 1000</p>	<p>0</p>	<p>147.589</p>	<p>0,000000</p>	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnostico es de 0,0 Tch, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p>	<p>No se presentaron caídas de pacientes en el servicio de apoyo diagnostico complementario terapéutica durante el I trimestre 2023</p>
	<p>Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización</p>	<p>Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización</p>	<p>Total de egresos de hospitalización por 100 expresado como porcentaje (%)</p>	<p>1</p>	<p>760</p>	<p>0,0013158</p>	<p>La proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización es de 0,00%. Se adelanta plan de mejoramiento para evitar que esto se siga presentando en la red de hospitales y centros de salud de la ESE.</p>	<p>En este trimestre se presentó un evento adverso relacionado con la administración de medicamentos en el área de hospitalización, se realiza plan de mejora y sigue trabajando con el fortalecimiento continuo del talento humano en temas relacionados con la seguridad del paciente y la correcta administración de medicamentos.</p>

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 220 de 224

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.	Total de personas atendidas en urgencias por 100 expresado como porcentaje (%).	4	7.636	0,0005 238	La proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias es de 0.00005% , lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.	Ante los resultados de estos eventos adversos se establece un plan de mejoramiento enfocado en las prácticas correctas de administración de los medicamentos y en la seguridad del paciente para garantizar la atención segura a los usuarios en el área de Urgencias de la red hospitalaria adscrita a la ESE Moreno y Clavijo.
Tasa de úlceras por presión	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo	Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000	0	1.761	0,0000 000	La tasa de UPP en el servicio de hospitalización es de 0,0Tupp , lo que representa la seguridad de la atención de los usuarios en la ESE	Para este trimestre no se presentaron eventos adversos relacionados con Úlceras por Presión, dando cumplimiento a lo establecido en la política de seguridad del paciente.
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso	Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%)	3	7.636	0,0003 929	El porcentaje de pacientes que reingresan por el servicio de urgencias menor 72 horas es 0,0004% , lo que representa la pertinencia de la atención al usuario en esta entidad.	el porcentaje de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en la misma institución, es de 3 pacientes, un porcentaje bajo si lo comparamos con la cantidad de usuarios que se atienden en la red de la ESE Moreno y Clavijo, se trabaja en el fortalecimiento de las auditorías internas, revisión de las historias clínicas, pertinencia médica y tratamiento de los pacientes con el fin de disminuir este indicador en nuestra red prestadora de servicios. También la socialización de la guías de prácticas clínicas y guías de prácticas seguras.

GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema Integrado de Gestión de la entidad gira en torno a la misión, visión, política de calidad, de seguridad del paciente y otras políticas, a los objetivos de calidad, y procesos de la ESE Departamental Moreno y Clavijo, documentado dicho sistema, implementándolo, manteniéndolo y mejorando continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante el monitoreo y adherencia de los procesos y subprocesos.

En la vigencia 2023 el proceso de Gestión de Calidad realiza actividades de acompañamiento a todos los procesos y subprocesos de la ESE Moreno y Clavijo referente al cumplimiento de la Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000 numeral 4.2.3 –control de documentos- y de acuerdo a lo estipulado en el procedimiento GCA-PR-001, en el cual el proceso de Gestión de Calidad cumple con la función del control y seguimiento de los documentos y formatos del SIG con el fin de lograr la estandarización y el uso correcto de los mismos; con respecto a éste requisito el proceso de calidad recibió en el primer trimestre del 2023 se recibieron un total de 181 solicitudes provenientes de los procesos Misionales, estratégicos, evaluación y de apoyo, entre los que se solicitaba la creación, eliminación y modificación de la diversa documentación del SIG.

Las actividades ejecutadas en el proceso Gestión Calidad repercuten sobre todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la entidad. El proceso inicia con la creación o modificación de documentos y va hasta la determinación de acciones correctivas,

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 221 de 224

preventivas y de mejora con su respectivo seguimiento, pasando por la realización conjunta de las Auditorias de Calidad y el control del producto / servicio No conforme, entre otras.

En aras de dar continuidad con la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de calidad de la ESE departamental de primer Nivel Moreno y Clavijo, se han desarrollado actividades con el fin de dar continuidad y mejora a los procesos

Según la planeación, estableciendo mecanismos para el seguimiento y progreso del mismo, logrando finalmente que se obtengan los resultados esperados por la Alta dirección apoyada por todos los líderes de los procesos. A continuación, se dará detalle de las actividades realizadas por el proceso de Gestión de calidad.

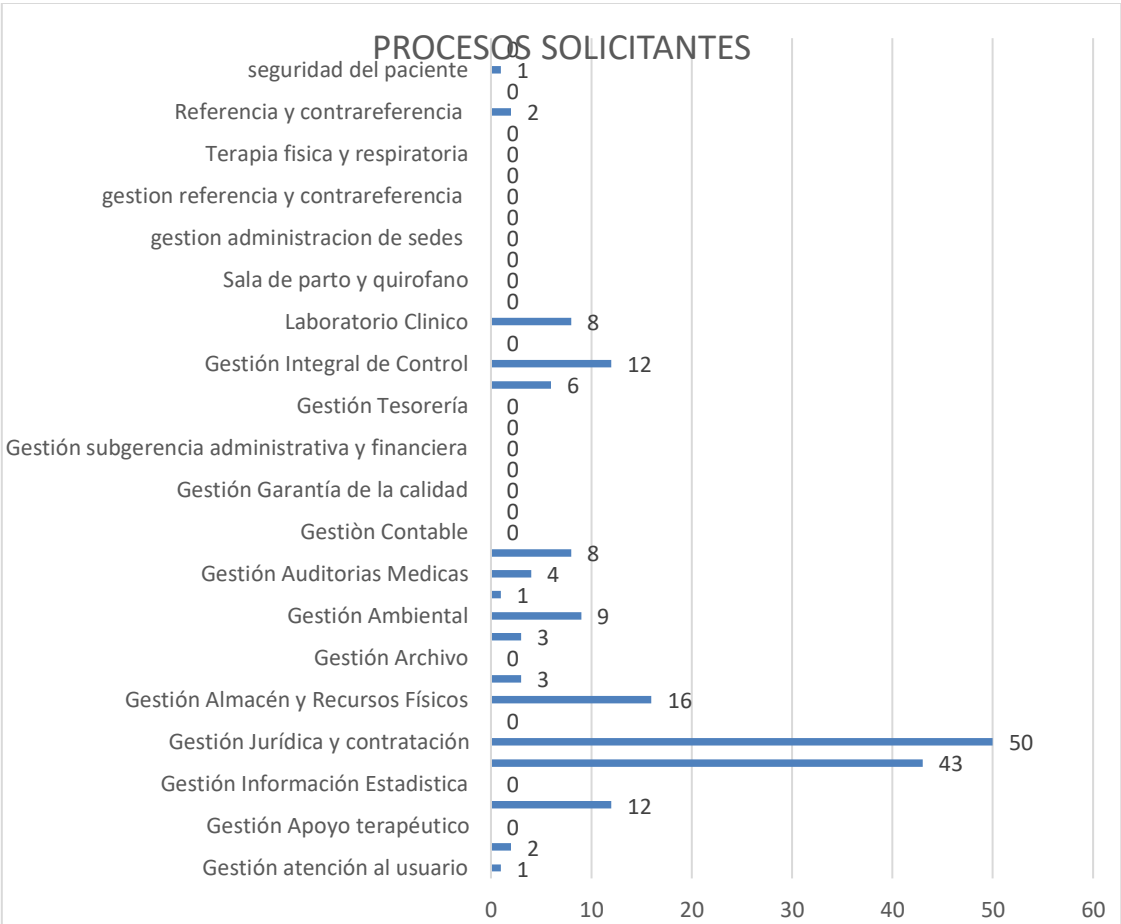
RESULTADOS

Gestión de solicitudes de creación. Modificación y eliminación de documentos y formatos del SIG

Es así como en el primer trimestre de la vigencia 2023 se revisaron, codificaron y aprobaron un total de 181 solicitudes entre formatos, instructivos, manuales, guías, procedimientos y documentos provenientes de los diferentes procesos, de la misma manera se incluyeron dentro de los listados maestros de cada uno de los procesos correspondientes y se actualizó el archivo físico de cada uno de los procesos.

Los procesos y subprocesos que requirieron hacer ajustes en la documentación, con la totalidad de solicitudes aprobadas.

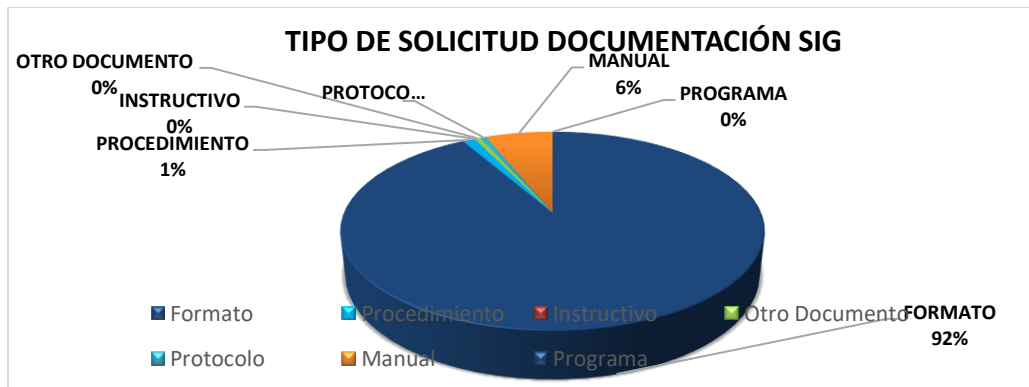
Tabla N.1 Procesos Solicitantes de Creación, Modificación y Eliminación.



De acuerdo a la tabla anterior se puede observar que los procesos con mayor número de solicitudes son, el proceso Jurídica y Contratación y promoción y mantenimiento de la salud, Igualmente se evidencia que los procesos y subprocesos, gestionaron en mayor proporción el tipo de documento “formato”, debido a que son documentos que se usan como herramienta fundamental para dejar registros de las actividades que se desarrollan en los diferentes procesos de la entidad.

A continuación, se refleja la tabla de solicitudes realizadas:

Tabla N.2 Tipo de Documento.



De las 181 solicitudes que fueron recibidas y gestionadas en totalidad por el proceso de Gestión de Calidad durante la vigencia del primer trimestre del año 2023, se tramitaron un total de 165 Formatos el cual es el documento base de la estructura documental, 2 procedimientos, 1 otros documentos, protocolos 1, manuales 11, guías 1, instructivos 0 programas 0.


De la misma manera, se puede identificar los tipos de solicitudes que se presentaron durante la vigencia del año en curso, a continuación, se muestra de manera detallada la clasificación de éstas:

Tabla N.3. Tipo de Solicitud.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL	%
Modificación	107	59%
Creación	10	6%
Eliminación	64	35%
TOTAL	181	100%

Como se puede observar en la tabla anterior, el 6 % de las solicitudes corresponde a la creación de nuevos instructivos, procedimientos y formatos principalmente, debido a las necesidades que han detectado los líderes de proceso para fortalecer la ejecución de los mismos y con un 59% la modificación de documentos para ajustar los existentes de acuerdo a normatividad y a necesidad del proceso; y se presentó el 35% solicitudes de eliminación de la documentación del sistema integrado de Gestión, De forma importante se resalta el interés y compromiso de algunos líderes de procesos con el buen funcionamiento y sostenimiento del Sistema de Gestión Integrado de la entidad.

CONCLUSIONES

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 224 de 224

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Es importante mencionar que la ESE Moreno y Clavijo, apunta dentro de su plataforma estratégica al mejoramiento continuo, por tal motivo es deber de todos los colaboradores directos e indirectos trabajar arduamente para que todos los procesos y subprocesos estén alineados a esta política y poder lograr su visión.

En sus cuatro componentes se aúnan esfuerzos para que en todas sus sedes adscritas contribuyan al cumplimiento de la misma, es fundamental el mejoramiento de la cultura organizacional para que se logren resultados en esta materia.

En gestión calidad según lo establecido en el procedimiento GCA-PR-001, donde se estima el desglose de las actividades para la elaboración y control de los documentos del SIG realizado por el proceso gestión de calidad; se estima la revisión por parte de Subgerencia Administrativa y financiera o la subgerencia en salud, según sea el proceso solicitante, y finalmente aprobadas por el proceso gestión estratégica en cabeza del Gerente, lo que quiere decir que las solicitudes son evaluadas por los responsables con el fin de definir si los cambios son convenientes y se ajustan realmente a las necesidades del proceso; de ésta manera es preciso aclarar que para el periodo evaluado se generó 100% de los cambios con respuesta positiva.



WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO

GERNETE