

Informe de Gestión II trimestre 2023

PLANEACIÓN
ESE MORENO Y CLAVIJO

2023

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 2 de 262

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 SUBPROCESO CONTABILIDAD

2.2 SUBPROCESO TESORERIA

2.3 SUBPROCESO PRESUPUESTO

2.4 SUBPROCESO FACTURACION

2.5 SUBOROCESO CARTERA

2.6 SUBPROCESO AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

2.7 SUBPROCESO TALENTO HUMANO

2.8 SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

2.9 SUBPROCESO AMBIENTAL

2.10 SUBPROCESO SISTEMAS Y COMUNICACIONES

2.11 SUBPROCESO RECURSOS FISICOS

2.12 SUBPROCESO INFRAESTRUCTURA

2.13 SUBPROCESO GESTION DOCUMENTAL

3. INFORME SUBGERENCIA DE SALUD

3.1 SUBPROCESO SIAU

3.2 SUBPROCESO PYM

3.3 SUBPROCESO URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

3.4 SUBPROCESO SALUD PUBLICA

3.5 SUBPROCESO ATENCION AMBULATORIA

3.6 SUBPROCESO APOYO DIAGNOSTICO

3.7 SUBPROCESO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

3.8 FARMACIA Y APOYO TERAPEUTICO

4.INFORME JURIDICA

5.INFORME CONTROL INTERNO

6.INFORME CALIDAD

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 3 de 262

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 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 4 de 262

➤ **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
- ✓ Integridad, Transparencia y Confianza
- ✓ Toma de decisiones basada en evidencia

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 5 de 262

- ✓ Vocación de servicio
- ✓ VALORES

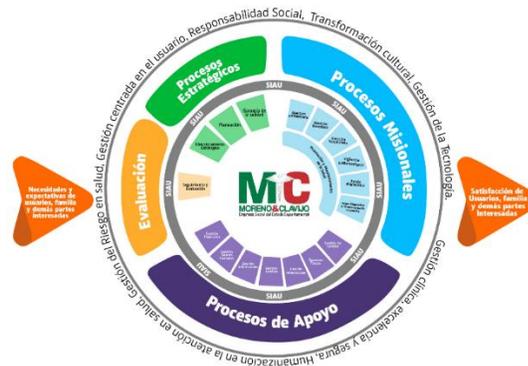
Son cualidades necesarias en las personas para el cumplimiento de los principios y el logro de los objetivos organizacionales:

- ✓ 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

1.3 PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO 2023

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN										
PLAN DE ACCION VIGENCIA 2023										
Nº	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Dimensión Operativa del MIPG	Política de Gestión y Dependencia Institucional MIPG	Proceso	Dependencia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
34	3. Establecer mecanismos de gestión administrativos y financieros que contribuyan a la competitividad y a la rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiente del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Contabilidad	profesional en contabilidad / contador	Registro mensual en los sistemas financieros por concepto de inventario de los municipios	Acta de conciliación de saldos entre Almacén y Contabilidad de los Inventarios de Caseros centros municipales
35	3. Establecer mecanismos de gestión administrativos y financieros que contribuyan a la competitividad y a la rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiente del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Contabilidad	profesional en contabilidad / contador	Conciliación de saldos entre Almacén y Contabilidad de propiedad planta y equipo	Acta de conciliación de contabilidad y Almacén
36	3. Establecer mecanismos de gestión administrativos y financieros que contribuyan a la competitividad y a la rentabilidad económica a corto, mediano y largo plazo.	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiente del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Gestión Contabilidad	profesional en contabilidad / contador	Realizar Conciliación saldos en libros con el área de Tesorería	Acta de conciliación de contabilidad y Tesorería
37	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiente del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Generar Informe mensual o Quincenal de los cuentas por pagar para la toma de decisiones	Revisión de los cuentas por pagar
38	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiente del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Seguimiento y posterior registro en el libro de bases al recordo de los partes de control realizado en los casos de los hospital y control de salud adentro y fuera de la entidad	Expediente en Libro el 100% de los partes de control realizado por los Hospital y/o centros de salud
39	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiente del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Realizar Plan de pagos y ejecutar pago según programación	Plan de Pagos/Registro de comprobantes de ingresos/Entradas Bancarias
100	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiente del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Reporte al área de Cartera, para la identificación de pagos por Clavijo, registre en el sistema por terceros	Reporte a través de correo al área de Cartera
101	3. Lograr la contabilidad financiera de INESE	Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	3. Gestión con recursos para resultados	Gestión presupuestal y eficiente del gasto público	Proceso de Apoyo Gestión Financiera	Tesorería	Tesorería General Alba Rosa Madrazo	Realizar los partes mensuales un libro de bases de acuerdo a las Condiciones básicas para mantener saldos reales	Extrato, Boleín, Tesorería y Conciliación firmados

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023										
Responsable										
Id	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Dimensión Operativa del MIPG	Política de Gestión y Decremento Institucional MIPG	Proceso	Dependencia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
21	6. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud	Contratado salud Confiable	Contratado 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
28	6. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud	Contratado salud Confiable	Contratado 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
Proceso Misional										
23	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 SUI de las PORSUF	Informe de Registro Plataforma SUI
30	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 Humanización	Presentación y socialización de la Política de Humanización
31	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 Humanización	Socialización e Informe de ejecución del Plan de Humanización
32	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 en protocolo Atención al Usuario	Dor (2) Capacitaciones al ído de forma virtual, registro fotográfico, pantalla, correo electrónico
33	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, Legajo Claro y recibo, PORS	Dor (2) Capacitaciones al ído de forma virtual, registro fotográfico, pantalla, correo electrónico
34	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, Típicos y Gestión de PORSUF-GAR-001 en cada una de las zonas de la ESE	Socialización de forma virtual

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023										
Responsable										
Id	Objetivo Estratégico	Estrategia	Programa	Dimensión Operativa del MIPG	Política de Gestión y Decremento Institucional MIPG	Proceso	Dependencia	Líder del Proceso	Actividades	Producto
65	1. Posicionar la ESE como referente regional en Salud	Contratado salud Confiable	Contratado calidad de servicio	4. Evaluación de Rendimiento	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Proceso Misional Salud Pública	Salud Pública-PIG	Coordinador de Salud Pública Subgerente de Calidad Atención de Hospitales y control de calidad profesional PIG	Realizar actividades programadas del contrato interadministrativo de salud pública- PIG	Socializar el Plan de Trabajo del contrato interadministrativo o de salud pública interadministrativo "Planes de trabajo" "Informe de ejecución de forma trimestral de las actividades que controla según programación" "Informe de ejecución para interesados o aspirantes"
66	1. Posicionar la ESE como referente regional en Salud	Contratado Salud Confiable	Contratado Calidad de Servicio	4. Evaluación de Rendimiento	Seguimiento y Evaluación del desempeño institucional	Proceso Misional Tránsito Asistencial	Referencia y Contrarreferencia	Subgerente financiero, director y subgerencia en salud	Realizar seguimiento al consumo de combustible de muestra trimestral vs traslado asistencial/realización de muestra trimestral.	Informe de traslado de muestra trimestral certificado por los Directores de los Hospitales y Coordinadores de los Centros asistenciales.
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	Consejo de equilibrio operacional para asegurar los compromisos de los reconocimientos auto, (reconocimiento + Producción sostenibilidad orgánica perdidos-devoluciones)	Crucé de información con Cartera y Facturación para el cierre mensual para garantizar la conciliación y levantar los ajustes. Informes a Mincoltey Contraloría
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	Conciliación trimestral (4 al año)
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 ajustes a los gastos de funcionamiento VS producción de forma trimestral.	Conciliación mensual (2 al año)
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 Desarrollo Institucional	Fortalecimiento Institucional	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.	Proceso Estratégico Discusión Comité Estratégico	Sistemas de Información	Sistemas de Información - Alborio Subgeral	Classificar y validar la información Estadística de muestra mensual ("Reconocer los riesgos de corrupción como un ajuste de información programar las formas de reducir esos riesgos")	Reporte Consolidado de producción de toda la entidad - estadísticas, Informe para el Mincoltey, Superintendencia UAESA
90	3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE	Contratado salud Confiable	Contratado	5. Información y Comunicaciones	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.	Proceso Estratégico	Sistemas de Información	Sistemas de Información	Identificar, monitorear, revisar, priorizar y mitigar los riesgos de corrupción y informar al Mapa de Riesgos.	

1.4 MAPA DE RIESGOS 2023

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral

Mapa de Riesgo 2023 ESE MYC - Excel

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Impacto	Control Existente	Riesgo inherente	Riesgo Residual	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término	
PROCESOS ESTRATEGICOS																
Incumplimiento a la normatividad	Riesgo de Gestión	Desactualización de la normatividad	Incumplimiento normativo	Reprocesos internos	2	Moderado	Moderado	Moderado	Evitar	Levantar Actividades Plan de acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	70%	Asesor de Planeación	cuatrimestral	1/01/2023	25	
			Falta de información para la toma de decisiones	Inoportunidad en la entrega de la información	Retrasos en la ejecución de los procesos / desgase administrativo	2	Moderado	Moderado	Moderado	Evitar	Socialización del Plan de Acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	30%	Asesor de planeación	cuatrimestral	1/01/2023	25
			Falta presupuesto para la adquisición de la plataforma de archivo audiovisual	Perdida de la memoria audiovisual y Fotografía de la ESE	Perdida de registros de	2	Mayor	Alto	Moderado	Moderado	Evitar	Hacer backup las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual que tenga respaldo	80%	Líder de Comunicaciones	Trimestral	1/01/2023

Mapa de Riesgo 2023 ESE MYC - Excel

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Impacto	Control Existente	Riesgo inherente	Riesgo Residual	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término		
PROCESOS MISIONALES																	
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 PPM	Incumplimiento en los procesos de contratación con las diferentes EAPB	3	catastrofico	Extremo	Moderado	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 Coordinadores de PYM	Permanente según eventualidad	2/01/2023	30		
			Actividades realizadas no facturadas	Perdida de Historias Clínicas en el nuevo software 360 por problemas de conectividad						Evitar	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PPM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales fueron facturadas	50%		Mensual	2/01/2023	30	
											Evitar	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las Salas expresados en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	2/01/2023	30
											Evitar	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
									Evitar	Cromogramas de salidas extramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes.							

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo	Control Existente	Probabilidad	Impacto	Riesgo	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término
PROCESOS DE APOYO																		
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.	2	Mayor	Alto	Normograma	1	Moderado	Moderado	Actualizar del normograma	50%	Líder de Presupuesto	Semestral	01/01/2023	31/12/2023	
	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	31/12/2023	
	Desconocimiento del software	Riesgo de Gestión	Desconocimiento del personal que interviene en los procesos presupuestales	Detrimiento patrimonial.	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	31/12/2023
	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		3	Catastrofico	Extremo	Manual de Presupuesto	3	Extremo	Extremo	Actualizar Manual de Presupuesto, socialización y adherencia	100%	Líder de Presupuesto	Permanente	01/01/2023	31/12/2023	
				Deficientes	Enriquecimiento ilícito de													

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo	Control Existente	Probabilidad	Impacto	Riesgo	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término
PROCESOS DE EVALUACION																		
Seguimiento y Evaluación	Incumplimiento de la Norma	Riesgos de Gestión	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
			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	
			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

 <p>M&C 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 10 de 262	

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha Limite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
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
Subcomponente 3: Consulta y Divulgación	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
	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

Subcomponente	Actividades	Mejora a Implementar	Responsable	Fecha Limite	Fecha de seguimiento	Responsable del seguimiento
Componente 2: Racionalización de Trámites 2023						
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	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 Dirección estratégica	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 Articulo 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 Articulo 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 Articulo 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 Articulo 73 Ley 1474
	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 Articulo 73 Ley 1474
Subcomponente 3: Talento Humano	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 Articulo 73 Ley 1474
	Incorporar en el plan institucional de	Dos capacitaciones al año				
Atención al ciudadano						

		Sistema Integrado de Gestión				GPL- FO- 005
						Versión: 03
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 Articulo 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 Articulo 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 Articulo 73 Ley 1474
	Diseñar y enviar por diferentes canales, las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial 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 Articulo 73 Ley 1474
Subcomponente 2: Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	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 Articulo 73 Ley 1474
	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 Articulo 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 Articulo 73 Ley 1474
Rendición de Cuentas						

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 12 de 262

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 ponderado	Documento soporte	Seguimiento	Observaciones (debera evidenciarse los soportes tecnicos)	
a	b	c	j	j	k	l	m=k*l				
DIRECCION Y GERENCIA	1	Nivel I	1,2	≥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	≥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
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Nivel I con categorización de riesgo alto o medio.	NO APLICA (suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta termino de emergencia sanitaria")	NO APLICA (suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta termino de emergencia sanitaria")	0	0,000	0,00	N/A	N/A	N/A

	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	<p>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.</p> <p>De este modo la autoevaluación que se tomará como línea base del indicador corresponde a la de la vigencia 2021 (100%) y para la vigencia 2022(100%).</p> <p>Este indicador alcanzó un</p>

									<p>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.</p>
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	<p>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 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.</p>

CLINICA Y ASISTENCIAL	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 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 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 18 de 262

										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 DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	1.Obra nueva	1.200.000,00
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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 19 de 262

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
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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 20 de 262

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 los meses de abril, mayo y junio se realizaron las siguientes actividades preparación y presentación de la rendición de cuentas, de la vigencia 202; la cual se realizó el día 22 de junio del presente año, desde el mes de abril se publicó reglamento, formato de encuestas y publicidad del evento.

*Se realizo monitoreo durante el mes de mayo, en todas las sedes al Plan de acción anual operativo, al Plan anticorrupción y mapa de riesgos con los siguientes resultados:

Plan de Acción Anual Operativo:

PROCESOS ESTRATÉGICOS

PROCESOS ESTRATÉGICOS	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
Planeación	20	20	28	33%	33%	94%
Garantía de la Calidad	8	7		29%	33%	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 21 de 262

PROCESOS MISIONALES

PROCESOS MISIONALES	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
SIAU	12	10	60	30%	33%	95%
Consulta Externa: (PyM)	9	9		33%	33%	
Consulta Externa	2	2		33%	33%	
Consulta Externa: Promoción y Prevención (PAI)	7	7		33%	33%	
Urgencias y Hospitalización	2	2		33%	33%	
Referencia y Contrarreferencia	3	2		22%	33%	
Seguridad del Paciente	1	1		33%	33%	
Servicio Farmacéutico	8	5		29%	33%	
Salud Pública - Vigilancia Epidemiológica	5	5		33%	33%	
Salud Pública -PIC	1	1		33%	33%	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01	
			Página 22 de 262	

Unidades Asistenciales de Laboratorio clínico	1	1		33%	33%	
Sistemas de Información	9	8		31%	33%	

PROCESOS DE APOYO

PROCESOS DE APOYO	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
Presupuesto	4	4	100	33%	33%	92%
Contabilidad	6	4		25%	33%	
Tesorería	8	8		33%	33%	
Cartera	4	4		33%	33%	
Infraestructura	7	7		33%	33%	
Auditorías cuentas medicas	3	3		33%	33%	
Talento Humano	14	11		29%	33%	
Sistemas y Tecnologías	7	5		28%	33%	
Comunicaciones	11	11		33%	33%	
Gestión documental	5	5		33%	33%	
Estadística	1	1		33%	33%	
Gestión jurídica	9	9		33%	33%	
Gestión ambiental	8	8		33%	33%	

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 23 de 262

Recurso físico	7	4		21%	33%	
Gestión de calidad	6	5		28%	33%	

PROCESOS DE EVALUACIÓN

PROCESO DE EVALUACIÓN	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
CONTROL INTERNO	12	11	12	30%	33%	91%

Un cumplimiento total del 93%

Plan Anticorrupción

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Meta o entregable	Evidencia	Observaciones	TOTAL	SEGUIMIENTO
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción								
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)	Responsable Sarlaft Asesor de Planeación Comunicaciones	Política de Riesgo	www.esemorenoyclavijo.gov.co/accesoalainformación/plataformaestratégica		33%	33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 24 de 262

	Registros al Sarlaft	Reporte de registros cuando la Supersalud y el Ministerio de Salud lo solicite	Responsable Sarlaft	Plataforma SARLAFT	Reporte de registros cuando la información se envía mediante correo electrónico cada mes, Se tienen los pantallazos de la plataforma.	33%	33%
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, Sugerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	Mapa de Riesgos Institucional 2023	Se encuentra actualizado y en página web institucional desde el mes de enero de 2023, sin embargo, se realizó actualización en el mes de marzo 2023 y se cargó en la página web de la entidad	33%	33%
3: Consulta y Divulgación	Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Publicar en la Pág. Web	Asesor de Planeación Comunicaciones	Documento del mapa de riesgos.	Página web www.esemorenoyclavijo.gov.co , en políticas, lineamientos y manuales, de la sección acceso a la información	33%	33%
	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	Asesor de Planeación Comunicaciones	Socialización del mapa de riesgos	Se socializo el Mapa de Riesgos de Corrupción a través de medios institucionales establecidos y Reuniones virtuales se publican en pantallas institucionales, correo electrónico) Página web www.esemorenoyclavijo.gov.co , en políticas, lineamientos y	33%	33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN					GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN					Versión 01
						Página 25 de 262

		electrónico)			manuales, de la sección acceso a la información y por los correos institucionales			
4: Monitoreo y revisión	Realizar seguimiento al control 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	Plataforma SUIIT	Se tiene evidencia en la plataforma SUIIT	33%	0%	
5: Seguimiento	Evaluar el componente de Gestión de Riesgos de corrupción y controles asociados a éstos	Informe de seguimiento al componente y a los controles de Riesgos de Corrupción	Control Interno	Se solicita informes mensuales y los requerimientos de los entes de vigilancia y control	Se encuentran informes en medio físico en carpeta: Oficios e informes 2023 Igualmente se realiza seguimiento a mapa de riesgos de manera cuatrimestral	33%	33%	
1. Actualizar, Socializar y Publicar Trámites	Actualizar, Socializar y Publicar los enlaces de trámites en el Sitio Web	Trámites actualizados y publicados	SIAU Comunicaciones		En la página web www.esemorenoyclavijo.gov.co , en la pestaña de mecanismos de contacto.	33%	33%	
	Actualizar los trámites publicados en el SUIIT	Trámites actualizados y publicados	SIAU Comunicaciones		Se evidencia el cumplimiento a través de la plataforma SUIIT que se actualiza mensualmente.	33%	0%	
	Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y	Identificación y actualización de PQRS - trámites	SIAU Líderes y asesores de procesos Planeación		Se evidencia en el informe de gestión Ruta: PC/Escritorio /carpeta	33%	33%	

	denuncias de los ciudadanos				SIAU202/ Reporte mensual-matriz de reporte mensual.			
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	Matriz de reporte mensual de consolidado de PQRSF	Se recomienda realizar seguimiento a los trámites que presentan recurrencia y que ameritan atención oportuna		33%	25%
	Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con la entidad y desplazamientos.	Identificación de procesos, desplazamientos y costos de los trámites que afectan al usuario en tiempo y económicamente	SIAU Líderes y asesores de procesos Planeación		Se recomienda realizar identificación de los desplazamientos y costos de los trámites que afectan al usuario en tiempo y economía, que se podrían reducir si se implementan mecanismos de tramites en línea		33%	25%
	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 conciencia y encontrar mejoras en soluciones a trámites a todo el equipo de trabajo de la ESE Moreno y Clavijo	SIAU Comunicaciones		Se recomienda gestionar campañas de difusión y/o estrategias que busquen la apropiación de las mejoras de los trámites en los servidores públicos		33%	25%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 27 de 262

	Analizar la viabilidad de software para la creación de una central de las citas	Informe de estudio de proyecto para software de citas médicas	Sistema de la Información Sistemas y tecnología Comunicaciones	Actualmente se cuenta con Call Center para solicitar citas en toda la red hospitalaria	Durante el primer cuatrimestre del 2023 se ha contado con software que permite la integración del call center en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria de la ESE		33%	33%
3. Consulta y Divulgación	Socializar a la comunidad los trámites electrónicos implementados	Campañas de divulgación	SIAU Asesor de Planeación Comunicaciones		Desde la sede principal se divulgó los trámites de asignación de citas (call center) a través de redes sociales y página web institucional		33%	33%
	Evaluar la satisfacción del usuario con la gestión de los trámites mediante una muestra aleatoria	Encuestas de satisfacción aplicadas una vez aplicadas en la vigencia	SIAU - Sistemas de Información	Encuestas	Se realizan mensuales en los hospitales. Se tabulan en los informes mensuales, se realizan desde SIAU, la evidencia está en archivo digital, informe de gestión.		33%	33%
4. Seguimiento a la racionalización de trámites	Evaluar la gestión de trámites institucionales	Informe al seguimiento vigencia SUIIT Seguimiento cuatrimestral al componente de racionalización de trámites	Control Interno		Se realizó informe de SUIIT primer trimestre 2023 Se está realizando seguimiento al primer cuatrimestre 2023		33%	33%

Componente 3: Atención al ciudadano

1. Estructura administrativa y Direcciónamiento estratégico	Capacitar a todo el personal de las Res Hospitalaria de la ESE Moreno Y Clavijo sobre lo que significa SIAU	Inducción y re inducción al personal nuevo y antiguo de la importancia de SIAU en toda la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo	SIAU directores de Hospitales y Administradores de los centros y puestos de salud de la Red Hospitalaria		Se realizó en el mes de abril 2023, como evidencia se encuentra planillas de asistencia y evidencia fotográfica		33%	33%
	Mejorar la oportunidad de respuesta a las expresiones de los usuarios	Reporte mensual a la respuesta oportuna Mayor a 90%	SIAU Directores de Hospitales y Administradores de los centros y puestos de salud de la Red Hospitalaria		Correos electrónicos enviados desde hospitales y centros de salud a coordinador de sede principal y a profesional de sistemas de información. Se hace de manera trimestral		33%	33%
2. Fortalecimiento de los canales de atención.	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	SIAU Comunicaciones		Se solicitará para el seguimiento del segundo cuatrimestre 2023.		33%	33%
	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)	SIAU Comunicaciones		Se encuentran oficinas de convocatorias y actas de reunión de los hospitales: San Lorenzo, San Antonio, Cravo Norte, San Francisco de Fortul, San Juan de Dios.	Se recomienda gestionar asociación de usuarios en los hospitales Pampuri, Centro de salud Pto Jordán y Centro	33%	25%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN						GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN						Versión 01	
							Página 29 de 262	

						salud Panamá		
	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 con registro fotográfico	SIAU		No se ha realizado levantamiento de la caracterización de grupos valor	Actualmente se encuentra en mejora la señalización de los diferentes servicios en los hospitales y centros de salud	33%	16%
3. Talento Humano	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)	Talento Humano SIAU	Capacitaciones sobre atención al ciudadano	Se cuenta con evidencias fotográficas y planillas de asistencia de la sede principal, hospital Tame, Hospital Fortul, Cravo Norte y Puerto Rondón	Se recomienda realizar capacitación en hospitales y centros de salud, faltantes	33%	33%
	Incorporar en el plan institucional de capacitación temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio), comunicación asertiva y lenguaje simple.	Dos capacitaciones al año (planilla de asistencia)	Talento Humano SIAU	Capacitaciones sobre atención al ciudadano	Se cuenta con programación para el segundo cuatrimestre del 2023		33%	33%
4. Normativo y procedimental	Publicar de manera semestral, el informe de gestión de las PQRS	Dos informes de Gestión publicados en la WEB	SIAU		Se hace publicación semestral de informe PQRSF		33%	33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 30 de 262

	Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos a los derechos de los ciudadanos.	Dos informes anuales con respectivo o análisis de las respuestas dadas a los usuarios	SIAU		Se cuenta con programación para el segundo cuatrimestre del 2023,		33%	33%
	Publicar en los canales de atención la carta de trato digno	Carta de Trato digno socializada y publicada	SIAU		Se recomienda gestionar nuevos pendones o avisos de la carta de diez reglas de oro para el trato digno		33%	33%
5. Relacionamiento con el ciudadano	Realizar protocolo de Atención al ciudadano Realizar capacitación a servidores y contratistas en el tema " Guía de lenguaje Claro para servidores públicos"	Dos capacitaciones en Atención al ciudadano o lenguaje claro a los servidores de toda la Red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo	SIAU		Se cuenta con plazo hasta el mes de mayo 2023 para realizar la primera capacitación en tema de lenguaje claro	El protocolo de atención al ciudadano se encuentra actualizado al 2022	33%	33%
	Realizar evaluación y retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias con el proceso de atención, y utilizar ésta información como fuente en las reuniones de los grupos de mejora	Dos informes de Gestión publicados en la WEB	SIAU Comunicaciones		Fecha límite para realizar evaluación y retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias, hasta julio de 2023	Se recomienda incluir en el informe de gestión semestral evaluación y retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias		33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 31 de 262

	Implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados de la evaluación de las encuestas aplicadas.	Implementar las acciones de mejora según evaluación	SIAU		Se ha gestionado el call center y software de asignación de citas, para disminuir tiempos y costos en los usuarios que soliciten servicios, el cual es la queja más recurrente en la red hospitalaria		33%	33%
6. Seguimiento	Evaluar la estrategia a la Atención al Ciudadano	Informe de la evaluación	Control Interno	No evidencia	https://esemorenoclavijo.gov.co/reportes-de-control-interno/		33%	33%

Componente 4: Rendición de Cuentas

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.	Publicación del informe de gestión vigencia 2022 página WEB de la ESE Moreno y Clavijo	Asesor de Planeación Comunicaciones	Informe de gestión 2022	https://esemorenoclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/02/Informe-de-gestion-Anual-2022.pdf		33%	100%
		Publicación de la fecha de la rendición de cuentas publicada en la página web	Asesor de Planeación Comunicaciones	Rendición de cuentas	https://esemorenoclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/ https://esemorenoclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/02/Informe-de-gestion-Anual-2022.pdf		33%	33%
		Publicación del informe de gestión vigencia 2022 página WEB de la ESE						

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN					GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN					Versión 01
						Página 32 de 262

		Moreno y Clavijo						
		Resultados de gestión divulgados en medios institucionales (página web, boletines, redes sociales)	Asesor de Planeación Comunicaciones	Resultados de la rendición de cuentas.	Página web www.esemorenoyclavijo.gov.co , en el botón de rendición de cuentas.	Se hará seguimiento una vez se realice la rendición de cuentas en el mes de Junio 2023	33%	33%
	Diseñar y enviar por diferentes canales, las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas	SIAU Asesor de Planeación Comunicaciones	se está realizando para su publicación - 2022	Se hará seguimiento en el transcurso del periodo		33%	33%
2. Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	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	se está realizando para su publicación	Se hará seguimiento en el transcurso del periodo		33%	33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 33 de 262

	Realizar la Rendición Pública de Cuentas	Rendición Pública de Cuentas realizada	Asesor de Planeación Comunicaciones	Se realizará para publicar a partir del 10 de junio	https://esemorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/		33%	33%
3. Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	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	Mecanismos de participación	https://esemorenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/04/Reglamento-Audicencia-Publica-Rendicion-de-Cuentas-Vigilancia-2022.pdf		33%	33%
	Otorgar incentivo a la asociación de usuarios con mayor participación en jornada de rendición de cuentas	Reconocimiento monetario a la asociación de usuarios	SIAU Asesor de Planeación	se está realizando para su publicación - 2022	A la fecha no se ha realizado rendición de cuentas por parte de la ESE		33%	33%
	Realizar socialización con el subproceso de talento humano para interiorizar la política de rendición de cuentas	Realizar socialización	Talento Humano Asesor de Planeación	Rendición de cuentas 2021 y la actividad está programada para el 10 de junio.	Se cuenta con acta de Comité de Gestión y Desempeño con fecha del 09 de marzo de 2023		33%	33%
4. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	Evaluar las acciones de rendición de cuentas desarrolladas por la ESE y programadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	3 informes de seguimiento trimestral al Plan Anticorrupción y Atención al	Control Interno	Rendición de cuentas	La actividad se desarrollará en el mes de Junio/2023 una vez se realice la rendición de cuentas de la ESE		33%	33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN					GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN					Versión 01	
						Página 34 de 262	

		Ciudadano							
1. Lineamientos transparencia activa	Capacitación a funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Realizar 2 Capacitaciones	Sistemas de la información SIAU	se está realizando para su publicación / 2022 Evidencia de planillas y fotos	Se realizó en el mes de marzo 2023, se encuentran planillas de asistencia		33%	33%	
	Capacitación a usuarios de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Realizar 2 Capacitaciones	Sistemas de la información SIAU	se está realizando para su publicación - 2022 Evidencia de planillas y fotos	Hay fecha límite hasta el 31 de agosto 2023	Se recomienda realizar capacitación a usuarios de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014 en fechas establecidas	33%	33%	
	Publicar la información según normatividad en el marco de transparencia y acceso a la información pública	Levantar, organizar y publicar la información	Sistemas de la información SIAU	se está realizando para su publicación / 2022 Evidencia de planillas y fotos	Página web www.esemoreno.gov.co			33%	33%
	Asegurar el registro de los contratos de la entidad en el SECOP	Registro en el SECOP del 100% de los contratos	Talento Humano		https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE			33%	33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	
	Versión 01	
		Página 35 de 262

	Publicar en la Pág. Web de Transparencia y acceso a la información de las escalas salariales de funcionarios y contratistas	Informe de escala salarial publicado	Talento Humano		Sin evidencia	Se recomienda realizar cargue de información solicitada, fecha máx. estipulada: agosto 30/2023	20%	0%
	Asegurar el registro de las hojas de vida de los servidores y contratistas de Función Pública en el SIGEP	Registro en el SIGEP del 100% de las Hojas de Vida	Talento Humano		Se está llevando a cabo el registro del talento humano	Se recomienda realizar cargue del total de los servidores y contratistas. Fecha estipulada: 30 agosto 2023	0%	10%
2. Lineamientos de transparencia pasiva	Gestionar la respuesta a derechos de petición en los términos establecidos en la norma	Respuesta oportuna al 100% de derechos de petición	SIAU Sistemas de la información		Durante el primer cuatrimestre, el líder de SIAU manifiesta no haber recibido derechos de petición		33%	33%
	Realizar informe de seguimiento trimestral número de solicitudes de información y de derechos de petición que recibe mensualmente	Informe de seguimiento	Sistemas de Información	Reporte de solicitudes de información y de los derechos de petición.	Equipo sistemas de información Disco D: SISINFORMACION/solicitud información/Informes solicitudes/2023/Trimestre		33%	33%
	Realizar informe de seguimiento trimestral el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa	Informe de seguimiento	Sistemas de Información	Reporte de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa	Informe de gestión trimestral cargado			33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 36 de 262

	Realizar informe de seguimiento trimestral el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada	Informe de seguimiento	Sistemas de Información		Informe de gestión trimestral cargado		33%	33%
	Realizar y aprobar la resolución de los costos de reproducción de información diferente a copias, de acuerdo con los medios en que reposa la información de la entidad	1 resolución Aprobada	Sistemas de Información	No evidencia	https://esemorenoclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2020/10/RESOLUCION-078-2020.pdf		33%	33%
3. Instrumentos de gestión de la información	Revisar el listado de información clasificada y reservada y la tabla de control de acceso	Índice de información clasificada y reservada actualizado, adoptado y publicado	Comunicaciones Gestión Documental	Actualizar el documento	Se encuentra actualizado en https://esemorenoclavijo.gov.co/pinar-diagnostico/		33%	33%
	Actualizar el esquema de publicación de la información	Esquema de publicación de la información actualizado	Comunicaciones Gestión Documental	Actualizar el documento	Sin evidencia	Ítem programado para cumplirse en el siguiente seguimiento sep./2023	33%	0%
	Publicar el Índice de Información Reservada y Clasificada en la sección de Transparencia y acceso a la información pública de su sitio Web oficial	Publicación Realizada	Líder de Gestión Documental			Registro de activos de la información: https://esemorenoclavijo.gov.co/registro-de-activos-de-informacion/ Índice de información clasificada y reservada: https://esemorenoclavijo.gov.co/indice-de-informacion-		33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 37 de 262

					clasificada-y-reservada/ Esquema de publicación de la información: https://esemorenoclavijo.gov.co/esquema-de-publicacion-de-informacion/			
4. Criterio diferencial de accesibilidad	Elaborar videos con información de hábitos de vida saludables, trato humanizado y deberes y derechos de los usuarios	6 videos con información de hábitos de vida saludables, trato humanizado y deberes y derechos de los usuarios en las pantallas de la Red Hospitalaria de la ESE	SIAU Comunicaciones Planeación		Se cuentan con videos en: https://esemorenoclavijo.gov.co/derechos-y-deberes-de-los-usuarios/	Se recomienda gestionar videos con información de hábitos de vida saludables	33%	33%
5. Monitoreo de acceso a la información	Registrar solicitudes de acceso a la información pública incluyendo la fecha de número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.	Informe de seguimiento	SIAU		Al no existir solicitudes de acceso a la información pública, no se generan informes al respecto	Se recomienda a líder del área de SIAU, estar atento a gestionar respuestas de solicitudes de acceso a la información publica en el evento que se reciban	33%	33%

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 38 de 262

	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información y asignación de número único de radicado.	Seguimiento Realizado	SIAU		Al no existir solicitudes de acceso a la información pública, no se generan informes al respecto		33%	33%
6. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	Evaluar el componente de transparencia y acceso a la información desarrolladas por la ESE Moreno y Clavijo	Informes de Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Control Interno	Se está realizando el monitoreo y control.	Una vez terminado el informe de seguimiento al componente de transparencia y acceso a la información se publicará en la página web de la entidad, en el siguiente link: https://esemorenoclavijo.gov.co/reportes-de-control-interno/		33%	33%

De acuerdo al monitoreo realizado, los resultados acumulados fueron del **90%**, sobre el cumplimiento de las 58 actividades planteadas en el PAAC 2023.

Mapa de Riesgos

La metodología de seguimiento a través de las visitas a sitios de trabajo, permite lograr una interacción de la oficina de planeación, responsable del monitoreo, con cada uno de los líderes de procesos.

Para el siguiente monitoreo, se visitaron todos los centros asistenciales.

 <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 39 de 262

Fue común denominador la falta de adherencia y su evaluación, de las guías, protocolos, soportes organizados en carpetas con todas las evidencias (Registro Fotográfico, Planilla de Asistencias, Manual Actualizado), en cada en los procesos.

Es necesario capacitar a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad y Validar, consolidar la información Estadística de manera mensual para la Matriz de Indicadores para la validación.

En términos generales, se está cumpliendo con los objetivos trazados a través del Mapa de Riesgos Institucional 2023, los procesos de apoyo y seguimiento y control con mayor relevancia, quedando tareas inmediatas para el proceso asistencial, que deben ser gestionadas por los responsables del mismo.

La información que reposa en los PC, debe quedar en un Backus y de forma permanente, sin importar si el o los responsables sean cambiados, porque ahí está la evidencia de los controles que se establecieron en Mapa de Riesgos Institucional 2023

Para un cumplimiento de un 85%

*Se realizo revisión y consolidación de la información para el FURAG

PRENSA Y COMUNICACIONES

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

Matriz DOFA ESE Moreno y Clavijo

	Internos	Externos	
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de comunicación interna inexistente o desconocido - Poco reconocimiento de la marca - No existe material POP en hospitales y centros de atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar nuevos servicios mediante teletrabajo es una nueva tendencia en el mercado de la salud - El gobierno departamental actual considera importante el tema de la salud, por lo que es una oportunidad 	Oportunidades

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 40 de 262

	<ul style="list-style-type: none"> - Plan y política de comunicación desactualizada y no ejecutadas - Mala imagen de los servicios de salud a nivel nacional - Cartelera informativas sin uso - Televisores informativos insuficientes y los que existen no tienen uso informativo 	<ul style="list-style-type: none"> - para los operadores de este servicio. - Acceder a donaciones y convenios con diversas entidades para fortalecer la red hospitalaria 	
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de ofrecer nuevos servicios en el Hospital San Antonio de Tame - Es una entidad pública de orden departamental financiada por el Estado. - Más de 17 años de trayectoria en la región. - Presencia en 5 municipios de los 7 del departamento. - Buenas relaciones con el gobierno departamental y en los municipios 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibles riesgos financieros por falta de pagos de EPS. - Nuevos competidores privados en la región - Un mal procedimiento médico que genere una crisis de marca 	Amenazas

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 reinera, 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 41 de 262

- Cubrimiento jornada de vacunación y atención médica en la vereda caño arena
- Cubrimiento semana de las américas y jornada de vacunación binacional.
- Cubrimiento jornada de mamografías en Hospital San Lorenzo.
- Cubrimiento actividad de terapia de grupo con funcionarios del Hospital San Antonio.
- Cubrimiento reunión de gerencia con Ministerio de salud en la ciudad de Bogotá.
- Cubrimiento entrega de ambulancia medicalizada en el Hospital San Antonio de Tame - Video.
- Cubrimiento jornada de pomeroy en Hospital San Ricardo Pampuri.
-
- **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
 - Grabación y producción videoclip sobre el día de la enfermería.
 - Producción edición y publicación de video invitación a la rendición de cuentas
 - Apoyo en transmisión de rendición de cuentas ESE Moreno y Clavijo
 - Cubrimiento rendición de cuentas ESE Moreno y Clavijo
 -
- **Índice de cubrimiento de redes sociales institucionales**
 - 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 42 de 262

- 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
- Diseño vacante técnico en radiología Hospital San José.
- Diseño conmemoración día del trabajador.
- Diseño sobre jornada de vasectomías Hospital San Antonio.
- Publicación sobre rendición de cuentas vigencia 2022.
- Diseño en conmemoración del día de la madre
- Diseño vacante de bacteriólogo Hospital San José
- Diseño de vacante de un médico general
- Diseño sobre mecanismos de contacto Hospital San Lorenzo.
- Diseño Servicio de ambulancia y urgencias Hospital San Lorenzo
- Diseño y Publicación vacante jefe de enfermería
- Diseño Mensaje de condolencias institucional
- Publicaciones vacantes de empleo de la entidad
- Diseño servicio de urgencias Hospital San Antonio
- Diseño jornada de atención en salud panamá.
- Diseño y difusión comunicado de rechazo a acciones contra la misión médica.
- Diseño sobre jornada de vasectomías Hospital San Antonio.
- Diseño jornada de vacunatón Hospital San José.
- Diseño portafolio de servicios Hospital San Lorenzo
- Diseño sobre invitación a rendición de cuentas
- Diseño de vacante de un médico general
- Diseño, impresión y recorte de tarjetas de invitación para rendición de cuentas.
- Diseño, impresión y recorte de reconocimientos para personal en rendición de cuentas.
- Diseño vacante fisioterapeuta Centro de salud de Puerto Jordán.
- Diseño sobre la prevención del dengue junto a la Unidad de salud.
- Diseño Mensaje de condolencias institucional
- Diseño sobre jornada de salud para población migrante
-

 <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 43 de 262

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.

2. INFORME SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La Subgerencia Administrativa y Financiera presenta el Informe de Gestión del II Trimestre del año 2023, mostrando los avances en cada una de las áreas que la componen, realizando también el seguimiento a los indicadores correspondientes al área financiera de la ESE Moreno y Clavijo.

La información aquí entregada, ha sido recopilada de cada uno de los procesos y subprocesos que conforman la Subgerencia, haciendo énfasis en los indicadores, que son una herramienta necesaria para la toma de decisiones, entregando información científica y técnica de manera clara y precisa. Los datos se pueden transformar en acciones institucionales, políticas o comunitarias que incidan en la salud y calidad de vida de la población; información preponderante en los procesos de mejoramiento continuo de la entidad.

La información del presente informe, representa la gestión realizada por el área administrativa y financiera, en el segundo trimestre del 2023, y se relacionan a continuación.

OBJETIVO GENERAL

Coordinar y hacer seguimiento a todos los procesos y subprocesos administrativos de la Institución integrados en el mapa de procesos; con el fin de contribuir mediante la eficacia y eficiencia con la mejora continua de esta entidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

 <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 44 de 262

- Consolidar el desempeño, logros y dificultades por cada uno de los procesos y subprocesos que componen la Subgerencia Administrativa y Financiera.
- Dar a conocer los avances logrados en los indicadores de gestión de los procesos y subprocesos de la Subgerencia Administrativa y Financiera para el segundo trimestre del año 2023.
- Realizar un análisis comparativo que permita establecer la trazabilidad en la información, indicadores y resultados de la gestión.
- Medir el alcance de la gestión y formular alternativas que apunten al mejoramiento continuo de nuestra entidad.

ALCANCE DEL INFORME

El informe comprende los avances, datos, objetivos, necesidades y logros alcanzados durante el segundo trimestre del año 2023. Los procesos y subprocesos realizan un análisis detallado de los informes de gestión.

2.1 SUBPROCESO GESTIÓN CONTABILIDAD.

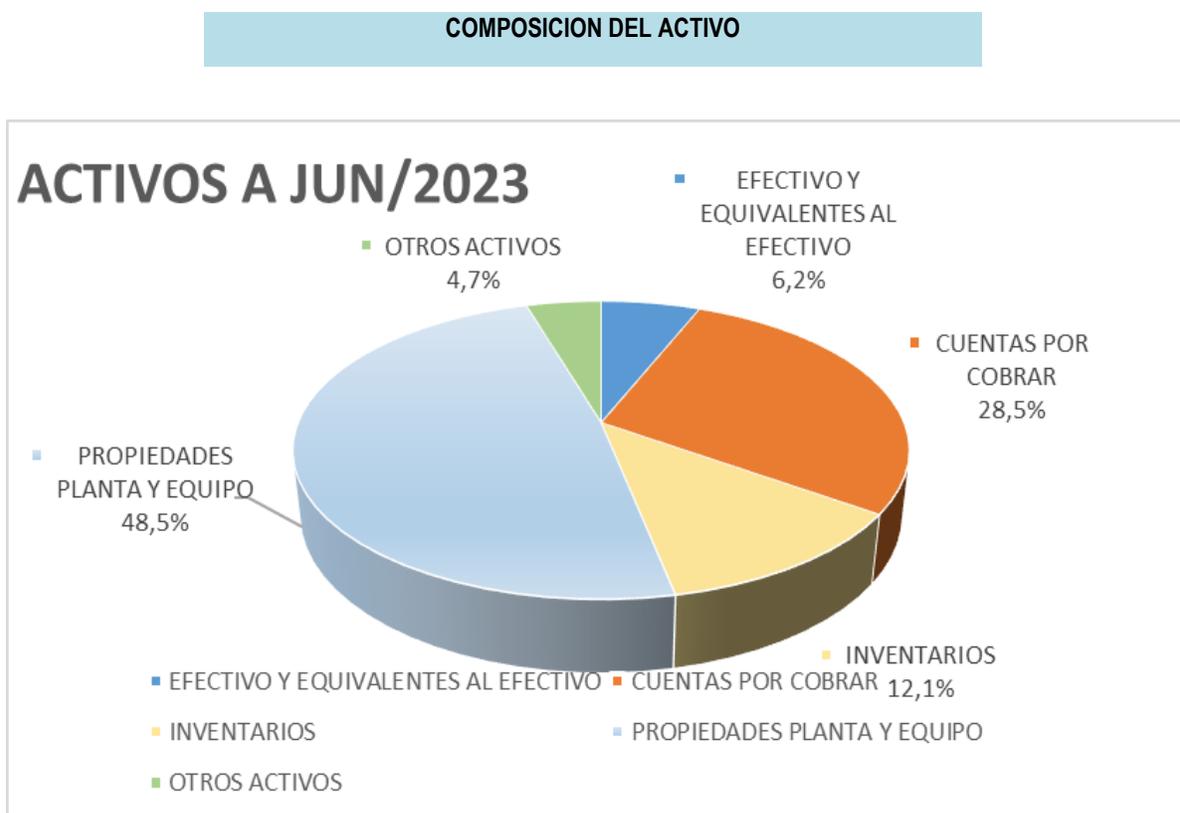
ANÁLISIS SITUACION FINANCIERA

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

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.



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 28.5%.

CUADRO N° 1 ANALISIS HORIZONTAL DEL ACTIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/06/2022	SALDO 30/06/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
1	ACTIVO	55.599.907.699,40	67.212.118.250,64	11.612.210.551,24	20,89%
11	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	4.717.315.050,05	4.169.241.785,99	- 548.073.264,06	-11,62%
13	CUENTAS POR COBRAR	15.743.946.140,30	19.143.745.863,88	3.399.799.723,58	21,59%
15	INVENTARIOS	4.612.056.223,44	8.129.951.838,99	3.517.895.615,55	76,28%
16	PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPO	28.093.621.318,39	32.619.219.115,56	4.525.597.797,17	16,11%
19	OTROS ACTIVOS	2.432.968.967,22	3.149.959.646,22	716.990.679,00	29,47%

 <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 46 de 262

Según el gráfico No.1 y el cuadro N. 1, existe una variación absoluta positiva del total **ACTIVOS** en \$ 11.612.210.551,24 y una variación relativa del 20.89%.

Se observa en el Cuadro No. 1 que las variaciones más representativas están en el grupo **CUENTAS POR COBRAR** con 21.59%, resultado de mayor radicación de la facturación en los diferentes Hospitales adscritos a la ESE.

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 47 de 262

Según el Grafico No. 2 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 24 correspondiente a Cuentas por Pagar con 39.1% y Provisiones a 34.4 %

GRAFICO No. 3

COMPARATIVO DEL PASIVO



El Grafico No. 3 muestra un Aumento de pasivos entre los periodos comparados, equivalente a \$ 1.165.432.650,73

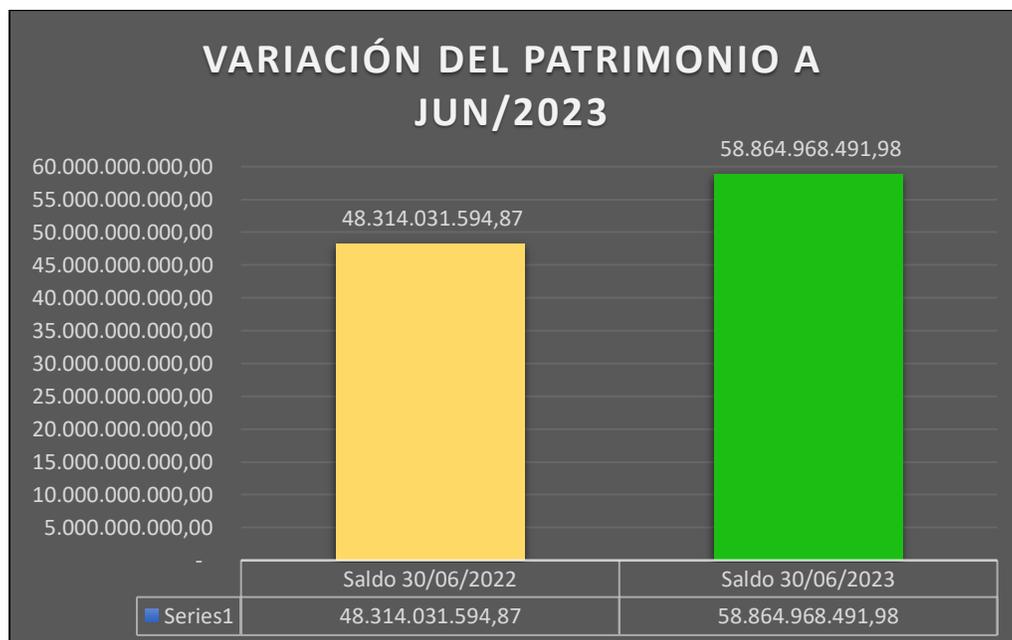
CUADRO N° 2 ANALISIS HORIZONTAL DEL PASIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/06/2022	SALDO 30/06/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
2	PASIVOS	4.885.896.970,80	6.051.329.621,53	1.165.432.650,73	23,85%
23	PRESTAMOS POR PAGAR	69.503.026,00	45.889.985,00	-23.613.041,00	-33,97%
24	CUENTAS POR PAGAR	1.780.782.490,06	2.349.112.624,38	568.330.134,32	31,91%
25	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	589.083.959,46	810.031.391,44	220.947.431,98	37,51%
27	PROVISIONES	2.065.744.635,00	2.065.744.635,00	-	0,00%
29	OTROS PASIVOS	380.782.860,28	780.550.985,71	399.768.125,43	104,99%

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.

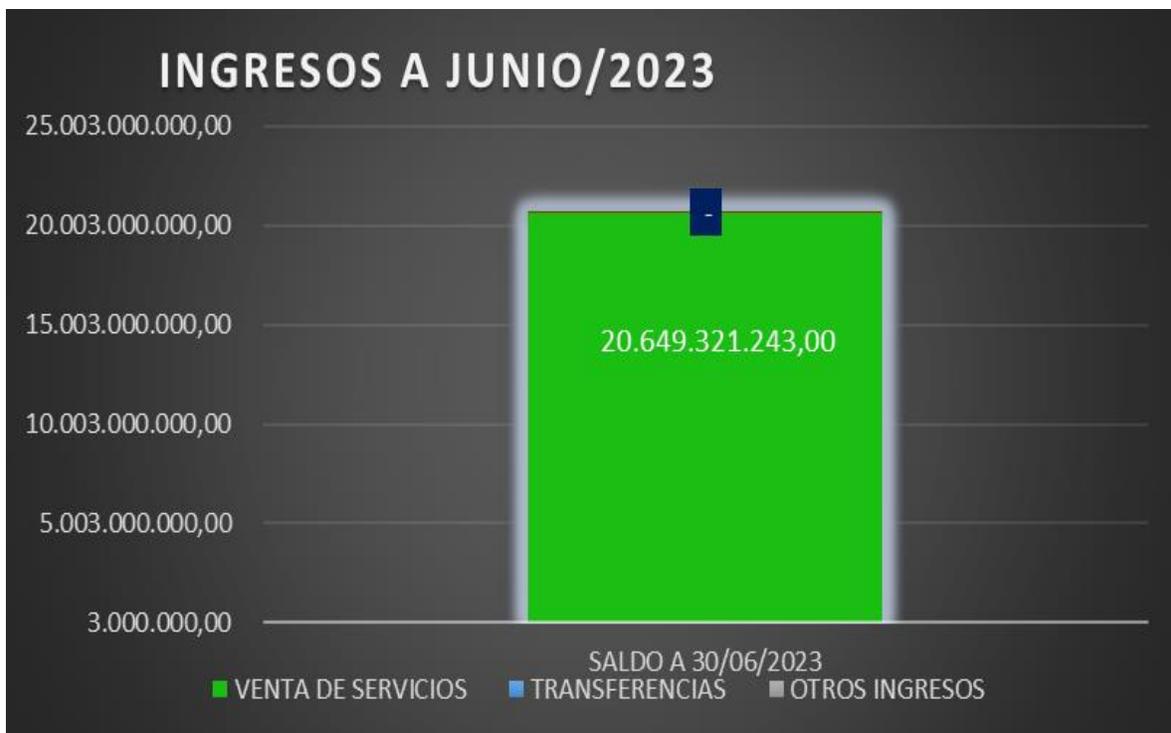


 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 49 de 262

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 30/06/2022	SALDO 30/06/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
4	INGRESOS	17.389.193.071,56	20.654.663.588,90	3.265.470.517,34	18,78%
43	VENTA DE SERVICIOS	16.503.410.545,00	20.649.321.243,00	4.145.910.698,00	25,12%
44	TRANSFERENCIAS	882.328.667,00	-	- 882.328.667,00	0,00%
48	OTROS INGRESOS	3.453.859,56	5.342.345,90	1.888.486,34	54,68%

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

 <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 50 de 262

realizado por el ministerio de protección social, rendimientos financieros, ajustes de años anteriores y otros extraordinarios.

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 51 de 262

CUADRO N° 5 ANALISIS HORIZONTAL DEL COSTO Y GASTO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/06/2022	SALDO 30/06/2023	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
5	GASTOS	6.236.161.992,03	6.793.450.387,99	557.288.395,96	8,94%
51	ADMINISTRACION N	6.225.328.955,03	6.783.221.630,99	557.892.675,96	8,96%
58	OTROS GASTOS	10.833.037,00	10.228.757,00	- 604.280,00	-5,58%
6	COSTOS DE VENTAS	8.753.051.945,80	11.565.393.063,78	2.812.341.117,98	32,13%
63	COSTOS DE VENTAS DE SERVICIOS	8.753.051.945,80	11.565.393.063,78	333.530.794.863,84	32,13%

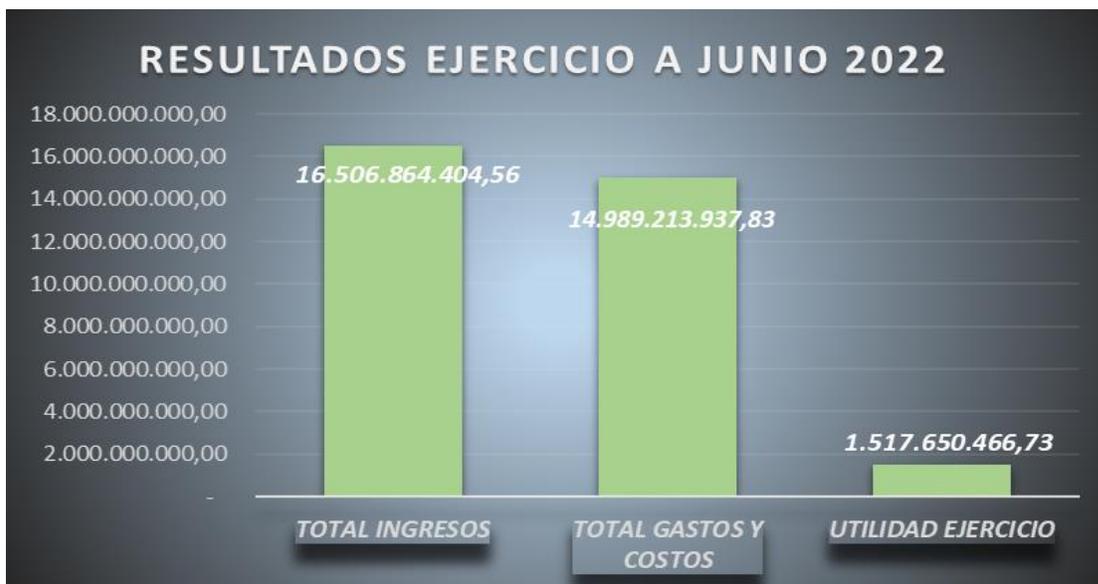
Según el Cuadro No. 5, las cuentas más representativas entre el costo y gasto son las cuentas 63 Costo venta de servicios, Gastos Cabe aclarar que la disminución de otros gastos se debe al margen de contratación en salud.

RESULTADOS DE ACTIVIDAD FINANCIERA DEL 30/06/2022 AL 30/06/2023

GRAFICO No. 6
(Cifras en miles \$)



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 52 de 262



LIQUIDEZ	Fórmula	Cálculo	
Capital neto de trabajo (en miles de pesos)	ACTIVO CTE - PASIVO CTE	23.904.149.705	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	4,98	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	3,63	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	9,00%	Mide la proporción de los activos que están financiados por terceros.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 53 de 262

Nota: Para efectos del presente informe de gestión no se medirán los indicadores de Rentabilidad sobre el activo y patrimonio por cuanto su medición solo es anual.

2.2 SUBPROCESO GESTION 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 Segundo 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.

INGRESOS:

Los recursos ingresados a la entidad en el Segundo Trimestre de la presente vigencia, corresponden a la venta de salud a crédito y de contado lo cual ascendió a un valor de \$ 11.298.468.669.90 los cuales están registrados en 500 Recibos de Caja.

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS:

DETALLE	VALOR
REGIMEN SUBSIDIADO	9,326,011,050.42
VENTA DE SERVICIOS A PARTICULARES	28,766,949.00
OTRAS VENTAS DE SS DE SALUD	171,132,832.10
RECLAMACIONES CON CARGO SGSSS	18,754,782.00
REGIMEN CONTRIBUTIVO	626,497,472.79
IPS PRIVADA EVENTOS	74,498,423.00
TRANSFERENCIAS NACIONALES	122,282,456.00
RIESGOS Y SOAT	153,613,617.00
ANTICIPOS FONDO DEPARTAMENTAL DE SALUD	134,894,000.00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 54 de 262

ANTICIPOS C.I ALCALDIAS	433,892,641.43
RENDIMIENTOS FINANCIEROS RSOS PROPIOS	1,920,801.63
RENDIMIENTOS FINANCIEROS OTROS	304,835.04
INGRESOS POR PAPELERIA FOTOCOPIAS	41,968.00
CONSIGNACIONES POR CLASIFICAR	205,636,096.49
RECUPERACION MOVIMIENTOS FINANCIEROS	220,745.00
TOTAL, INGRESOS	11,298,468,669.90

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.

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 abril a junio de 2023, se registraron 2.626 egresos correspondientes a obligaciones de la entidad con clientes internos y externos por un valor de \$ 10.928.972.894,55 Por los siguientes conceptos:

DETALLE	VALOR
PROVEDOR DE BIENES	1,731,924,296.59
PROVEDOR DE SERVICIOS	1,860,324,480.07

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 55 de 262

HONORARIOS	2,532,286,428.00
SERVICIOS TECNICOS	1,356,647,895.80
NOMINA	1,867,813,723.62
PRIMA DE VACACIONES	17,682,500.00
PRIMA DE SERVICIOS	14,092,614.00
PRIMA DE NAVIDAD	8,985,000.00
BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	14,435,000.00
BONIFICACION ESPECIAL POR RECREACION	1,829,700.00
INDEMNIZACION VACACIONES	
CESANTIAS EMPLEADOS	11,931,200.00
INTERESES A LAS CESANTIAS	369,100.00
PARAFISCALES	167,191,200.00
APORTE FONDOS PENSIONALES	298,588,500.00
FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL	4,065,200.00
APORTE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	235,671,300.00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES	43,392,400.00
LIBRANZAS	41,644,682.00
VIATICOS	14,915,840.00
CUOTAS DE FISCALIZACION	11,292,644.00
TASAS DE FISCALIZACION	38,916,311.00
INTERESES DE MORA	176,691.00
DEVOLUCION RENDIMIENTOS FROS ENTIDADES NACIONALES	375,015.47
IMPUESTOS	222,797,837.00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 56 de 262

ARRENDAMIENTO OPERATIVO	1,902,000.00
SERVICIOS PUBLICOS	395,567,658.00
DEVOLUCION RENDIMIENTOS FROS CONTRATOS INTERAMINISTRATIVOS	5,540.00
TASAS Y MULTAS	309,972.00
CUOTA IDEAR	20,672,001.00
DESCUENTO SINDICAL	13,166,165.00
TOTAL, EGRESOS	10,928,972,894.55

El indicador del área de Tesorería es No de pagos realizados/ No de pagos programados

2.626 corresponden a pagos realizados

2.629 corresponde a pagos programados

El Indicador se cumplió en un 99.88%, 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.

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 segundo trimestre la administración realizó los pagos de los meses de abril y mayo los seis primeros días de cada mes. El mes de junio se inició los pagos a partir del día 04 de julio de 2023.

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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 57 de 262

2.3 SUBPROCESO GESTIÓN PRESUPUESTO. BALANCE PRESUPUESTAL II TRIMESTRE 2023

El balance presupuestal del II 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**.

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 JUNIO 2023

BALANCE DE INGRESOS

Cuadro3 Balance de Ejecucion de Ingresos

Vales en miles

CONCEPTO	P	APROPIADO	RECONOCIDO	% EJE	RECAUDO	% EJE	CXC	
DISPONIBILIDA INICIAL	1	6.9%	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	93.1%	37,882,905	25,116,614	66%	20,474,448	82%	4,642,165
VENTA DE SERVICIOS CTE			32,394,268	21,111,397	65%	16,469,232	78%	4,642,165
VENTAS CXC			1,725,998	2,453,047	142%	2,453,047	100%	-
APORTES DPTO O NACION			3,762,640	1,552,170	41%	1,552,170	100%	-
RECURSOS DE CAPITAL	3	0.003%	1,320	3,517	266%	3,517	100%	-
RENDIMIENTOS FINANCIEROS CUENTAS DE AHORRO			1,320	3,416	259%	3,416	100%	-
RECUPERACIONES			-	101		101	100%	-
INGRESOS TOTALES		100.0%	40,705,455	27,941,359	69%	23,299,194	83%	4,642,165
SUBTOTAL R PROPIOS		90.1%	36,670,132	26,116,506	71%	21,474,340	82%	4,642,165
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA		9.9%	4,035,323	1,824,853	100%	1,824,853	100%	-

 <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 58 de 262

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.

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 **69%** con un recaudo efectivo del **83%**.

En lo que respecta a la ejecución por tipo de recurso los ingresos propios alcanzan una ejecución del **71%**, con un recaudo efectivo del **82%** 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 **25%** respecto de la vigencia 2023, esta variación está relacionada especialmente con la venta de servicios y recuperación de cartera, se muestra una disminución del 33% de la disponibilidad inicial.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 59 de 262

Cuadro 3 Variacion Anual recaudo

Val en miles

INGRESOS PROPIOS	2022	2023	VAR
Disonibilidad Inicial	4,221,278	2,821,229	-33%
Ventas de Servicio	12,955,117	16,469,232	27%
Recuperacion de Cartera	1,500,179	2,453,047	64%
Transferencias corrientes	-	1,552,170	100%
Rendimientos financieros	1,916	3,416	
Transferencias de capital	-	-	
Recuperaciones	1,526	101	-93%
Totales	18,680,016	23,299,194	25%

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

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 **\$5.927.365.441**, 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	5,927,365,441	5,927,365,441	40,705,454,726

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 60 de 262

Las adiciones por Disponibilidad Inicial de la vigencia 2022, 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, y un **4%** para gastos de inversión y un **0.2%** para servicio a la deuda pública.

BALANCE DE GASTOS

Cuadro 6 Balance Ejecución de gastos

Vales en miles

CONCEPTO	P	APROPIADO	COMPROM	% EJE	PAGOS	% EJE	CXP
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1	35,400,825	25,267,938	71%	16,768,203	66%	8,499,734
..GASTOS DE PERSONAL	13%	5,126,087	2,212,784	43%	1,813,565	82%	399,219
..GASTOS DE PERSONAL CXP	0%	-	-	0%	-	0%	0
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	71%	28,778,255	22,486,281	78%	14,623,936	65%	7,862,345
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP	1%	496,079	496,079	100%	257,908	52%	238,171
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2%	900,000	-	0%	-	0%	0
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP	0%	-	-	0%	-	0%	0
..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	8%	3,364,171	3,264,688	97%	2,619,210	80%	645,478
..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP	0%	53,589	53,589	100%	43,207	81%	10,382
..GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES	0%	100,404	72,794	73%	72,794	100%	0
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	2	62,016	62,016	100%	41,344	67%	20,672
GASTOS DE INVERSION	3	1,824,853	1,824,853	100%	146,643	8%	272,683
..Adquisición de Bienes y Servicios	4%	1,552,170	1,552,170	100%	146,643	0%	272,683
..Adquisición de Bienes y Servicios CXP	1%	272,683	272,683	100%	-	0%	272,683
TOTALES	100%	40,705,455	30,473,085	75%	19,618,608	64%	9,448,950
SUBTOTAL R PROPIOS	90%	36,670,132	28,648,231	78%	17,793,754	62%	9,176,266
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA	10%	4,035,323	1,824,853	45%	1,824,853	100%	272,683

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, 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).

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 61 de 262

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 **75%**, aclarando que se encuentra comprometido el personal de contrato laboral hasta el mes de octubre y el personal por prestación de servicio hasta el mes de agosto, así como otros gastos de bienes y servicios hasta el mes de agosto de 2023.

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 **\$ 9.448.950** millones, de los cuales, un 97% corresponden a recursos propios y un 3% 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	9,155,594	9,155,594	-
... GASTO DE PERSONAL	399,219	399,219	
... ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	7,862,345	7,862,345	
... ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP	238,171	238,171	
... TRANSFERENCIAS CORRIENTES	-	-	
... TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP	-	-	
... GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	645,478	645,478	
... GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP	10,382	10,382	
... GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	-	-	
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	20,672	-	20,672
INVERSION CXP	272,683		272,683
Totales	9,448,950	9,155,594	293,356

Con respecto a la variación anual de gastos, para el II trimestre de 2023, La ejecución de los gastos comprometidos comparados con el año anterior, presentan un aumento del 44%, este aumento está relacionado directamente con los gastos funcionamiento, gastos de operación, este aumento representa el personal de contrato laboral comprometido hasta el

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 62 de 262

mes de octubre y gastos de personal de prestación de servicio hasta el mes de agosto de 2023.

VARIACION ANUAL DE LOS GASTOS

Cuadro 8 Variación 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%

EVALUACION DE INDICADORES DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL

- EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO**

El resultado arrojado en el ejercicio del II trimestre 2023, muestra que los ingresos están por debajo de los gastos, esto se debe a que, durante este periodo, se se comprometió personal de contrato laboral hasta octubre y prestación de servicio hasta agosto, representando un mayor gasto para este trimestre.

Cuadro 9 Equilibrio presupuestal con reconocimiento

Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento	Valores	Resultado	Equilibrio
Total Reconocimientos (ingreso)	27,941,359	-	0.92
Total Compromisos (gastos)	30,473,085	2,531,726	

- EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO**

Este indicador muestra un déficit fiscal, pues los ingresos por concepto de recaudo No cubren los gastos comprometidos en el tercer trimestre, debido a que se aumentaron los

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 63 de 262

gastos de funcionamiento y de operación, por lo que para este trimestre los gastos superaron los ingresos.

Cuadro 10 Equilibrio presupuestal con recaudo

Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor	Resultado	Equilibrio
Total Recaudos (ingreso)	23,299,194	-	0.76
Total Compromisos (gastos)	30,473,085	7,173,891	

CONCLUSIONES

Para el II trimestre del año 2023 se presenta un aumento de los gastos de funcionamiento y gastos de operación, por lo que se presenta un déficit fiscal en cuanto a los indicadores de Recaudo frente al compromiso total del periodo objeto de evaluación, se recomienda realizar austeridad del gasto en los próximos trimestres.

2.4 SUBPROCESO GESTIÓN FACTURACIÓN.

CONTRATACIÓN.

Para el segundo Trimestre de 2023 con corte 30 de junio 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 068-5-200036-23 por valor de \$16.800.000.
- 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 Rondón por valor de \$169.502.887.

 <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 64 de 262

- contratación PIC con Municipio de Arauquita por valor de \$449.545.040
- contratación Nueva eps hasta 31 de diciembre de 2023 de evento y cápita.
- Contratación Ejercito por valor de \$135.000.000.

2.4.1 FACTURACIÓN GENERADA DURANTE EL II TRIMESTRE DE 2023

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

2.4.1.1 FACTURACION GENERADA POR REGIMEN

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

Tabla 1. Facturación Generada A corte 30 de JUNIO de 2023 por Régimen

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO				
FACTURACION GENERADA POR REGIMENES A CORTE 30 DE JUNIO 2023				
DEPARTAMENTO DE FACTURACION				
REGIMEN	FACTURACION GENERADA A 30 DE JUNIO 2023			
	CAPITA	EVENTO	TOTAL	%
ARL	-	40.869.928,00	40.869.928,00	0,2%
CONTRIBUTIVO	308.476.284,00	1.308.566.689,70	1.617.042.973,70	7,8%
ESPECIAL	-	142.731.632,00	142.731.632,00	0,7%
IPS PRIVADAS	17.225.773,00	192.443.227,00	209.669.000,00	1,0%
MEDICINA PREPAGADA	-	-	-	0,0%
OTRAS ASEGURADORAS AXA SEG. VIDA	-	-	-	0,0%
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	-	171.690.132,10	171.690.132,10	0,8%
PARTÍCULARES	-	48.733.887,00	48.733.887,00	0,2%
RECLAMACIONES ADRES	-	104.387.802,50	104.387.802,50	0,5%
SALUD PÚBLICA	-	-	-	0,0%
PIC	-	313.697.711,00	313.697.711,00	1,5%
SOAT	-	465.361.080,80	465.361.080,80	2,3%
SUBSIDIADO	13.011.922.755,00	3.918.651.357,90	16.930.042.818,90	82,2%
VINCULADO	-	559.531.940,00	560.063.234,00	2,7%
TOTAL	13.337.624.812,00	7.266.665.388,00	20.604.290.200,00	100%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 65 de 262

Fuente: Consolidado Facturación Generada A corte 30 de JUNIO 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 7.8%, Vinculado con un 2.7%, siendo estas las empresas más representativas porcentualmente.

2.4.1.2 FACTURACION POR HOSPITAL A CORTE 30 DE JUNIO DE 2023.

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

Tabla 2. Facturación Generada por Unidad Asistencial a corte 30 de junio de 2023.

ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO			
FACTURACION GENERADA POR HOSPITAL A 30 DE JUNIO 2023			
CODIGO	HOSPITAL	TOTAL FACTURACION GENERADA	%
1	SAN ANTONIO DE TAME	\$ 7.147.582.077,20	35%
2	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	\$ 1.071.524.128,80	5%
3	SAN LORENZO DE ARAUQUITA	\$ 5.088.379.682,85	25%
4	SAN RICARDO PAMPURI	\$ 1.051.562.704,05	5%
5	CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUQUITA	\$ 474.385.367,80	2%
6	SAN FRANCISCO DE FORTUL	\$ 3.254.049.183,00	16%
7	SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	\$ 1.156.833.089,00	6%
8	SAN JOSE DE CRAVO NORTE	\$ 876.207.924,20	4%
9	ESE MORENO Y CLAVIJO	\$ 483.766.043,10	2%
TOTAL		\$ 20.604.290.200,00	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 66 de 262

Fuente: Consolidado Facturación Generada A corte 30 de septiembre de 2022.

Se evidencia que, para el Segundo Trimestre de 2023, el Hospital San Antonio de Tame presento la mayor facturación de la ESE Moreno y Clavijo la cual fue del 35%, 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.

2.4.1.3 FACTURACION RADICADA A CORTE 30 DE JUNIO DE 2023.

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

A continuación, se presenta la facturación radicada a corte 30 de junio de 2023 respectivamente:

ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO			
FACTURACION RADICADA POR HOSPITAL A CORTE 31 DE JULIO 2023			
CODIGO	HOSPITAL	FACTURACION RADICADA	
1	SAN ANTONIO DE TAME	6.587.415.524	32%
2	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	987.615.941	5%
3	SAN LORENZO DE ARAUQUITA	4.513.150.726	22%
4	SAN RICARDO PAMPURI	921.535.923	4%
5	CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUQUITA	403.295.892	2%
6	SAN FRANCISCO DE FORTUL	3.192.383.733	16%
7	SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	1.128.111.390	5%
8	SAN JOSE DE CRAVO NORTE	813.458.081	4%
9	ESE MORENO Y CLAVIJO	2.027.863.898	10%
TOTAL		20.574.831.106	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 67 de 262

El total de la facturación radicada a corte a 30 de junio de 2023 fue por valor de \$ **20.574.831.106** de los cuales el 32 % pertenece al Hospital San Antonio de Tame seguido con un 22% 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.

4.4.2.4 FACTURACIÓN RADICADA POR REGIMEN Y MODALIDAD CON CORTE 30 DE JUNIO DE 2023.

A continuación, se presenta la facturación radicada por régimen y modalidad de contratación con corte 30 de junio de 2023:

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO				
FACTURACION RADICADA POR REGIMENES A CORTE 31 JULIO 2023				
DEPARTAMENTO DE FACTURACION				
REGIMEN	TOTAL FACTURACION RADICADA			%
	CAPITA	EVENTO	TOTAL	
IPS PRIVADAS	13.027.683,00	113.191.757,00	126.219.440,00	0,61%
CONTRIBUTIVO	283.121.592,00	1.193.084.766,00	1.476.206.358,00	7,17%
SUBSIDIADO	12.140.740.837,00	3.629.447.254,95	15.770.188.091,95	76,65%
VINCULADO	-	1.036.078.831,10	1.036.078.831,10	5,04%
SOAT	-	473.099.097,20	473.099.097,20	2,30%
ESPECIAL	-	110.346.673,00	110.346.673,00	0,54%
ARL	-	38.594.760,00	38.594.760,00	0,19%
SALUD PÚBLICA	-	1.544.097.855,00	1.544.097.855,00	7,50%
TOTAL	12.436.890.112,00	8.137.940.994,25	20.574.831.106,25	100,00%

El total de la facturación radicada a corte 30 de junio de 2023, fue por valor de \$ **20.574.831.106**, de los cuales el 76.65% pertenece al régimen Subsidiado, el 7.17% del régimen Contributivo, Salud Pública (PIC) 7.5% Y el 5.04% del régimen Vinculado

2.4.2 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 68 de 262

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.
- Se presenta gran inconveniente con la radicación de la facturación generada al Adres, se tiene toda la facturación represada.

2.4.3 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.
- 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 69 de 262

- Se realiza la implementación de nuevo software lo cual permite disminuir el desgaste humano y nos ayuda a controlar la facturación.

2.4.4 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.

2.4.5 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.

2.4.6 ACCIONES REALIZADAS

- Se realizó participación en las diferentes negociaciones con las EPS, durante el Segundo trimestre de 2023.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 70 de 262

- 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.

- 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.

 <p>MYC 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 71 de 262

- 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.

2.5 SUBPROCESO GESTIÓN CARTERA.

A corte 30 de junio de 2023, la ESE MYC presenta un saldo de cartera por prestación de servicios de salud por un valor de \$20.004.825.347 de los cuales \$7.283.770.575 que representa un 36.41% del total de la cartera corresponde a entidades en proceso de liquidación. El régimen subsidiado continua con un % de participación del 59.21% con un saldo de cartera por valor de \$11.869.311.221, las entidades que atienden a la PPNA con el 13.70% con un saldo de \$2.745.462.635, el régimen contributivo representa un 12.08% con un saldo de cartera por valor de \$2.422.274.712, las entidades aseguradoras representan un 6.58% con un saldo de \$1.319.189.300, otras entidades que concentra convenios interadministrativos (Fundación operación sonrisa, Cruz Roja Colombiana) los PIC municipales y departamentales representa un 5.33% con un saldo de cartera por valor de \$1.068.842.393, las entidades a las cuales pertenecen las IPS privadas, régimen especial, ARL con un saldo de cartera de \$166.398.504 representando un 0.83%.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 72 de 262

CONSOLIDADO ESTADO DE CARTERA A CORTE 30 DE JUNIO DE 2023			
ENTIDADES	SALDO NETO	ENT. LIQUIDACION	NETO
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 11.869.311.221	\$ 6.909.371.824	\$ 4.959.939.397
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 2.422.274.712	\$ 374.398.751	\$ 2.047.875.961
SOAT	\$ 1.319.189.300	\$ -	\$ 1.319.189.300
IPS PRIVADAS	\$ 36.769.351	\$ -	\$ 36.769.351
ARL	\$ 84.208.319	\$ -	\$ 84.208.319
VINCULADOS	\$ 2.745.462.635	\$ -	\$ 2.745.462.635
REGIMEN ESPECIAL	\$ 45.420.834	\$ -	\$ 45.420.834
PIC MUNICIPALES	\$ 454.545.972	\$ -	\$ 454.545.972
OTROS	\$ 1.068.842.393	\$ -	\$ 1.068.842.393
SALDO CARTERA	\$ 20.046.024.737	\$ 7.283.770.575	\$ 12.762.254.162

FUENTE: ARCHIVO CARTERA - SOFTWARE SALUD 360

Realizando un comparativo los regímenes contributivos, IPS privadas y vinculados presentaron una disminución en sus saldos de cartera frente al trimestre anterior esto debido en a los procesos de cruce y depuración de saldos de cartera adelantados con estas ERP.

COMPARATIVO ESTADO DE CARTERA				
REGIMEN	CIERRE I TRIM.	CIERRE II TRIM.	VR ABS.	VR. RELAT.
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 10.817.259.304	\$ 11.869.311.221	\$ 1.052.051.917	9,73%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 2.618.804.772	\$ 2.422.274.712	\$ (196.530.060)	-7,50%
SOAT - ECAT	\$ 1.247.797.585	\$ 1.319.189.300	\$ 71.391.715	5,72%
PRIVADA	\$ 39.319.747	\$ 36.769.351	\$ (2.550.396)	-6,49%
ARL	\$ 72.566.427	\$ 84.208.319	\$ 11.641.892	16,04%
VINCULADOS	\$ 3.030.587.948	\$ 2.745.462.635	\$ (285.125.313)	-9,41%
REGIMEN ESPECIAL	\$ 130.115.228	\$ 45.420.834	\$ (84.694.394)	-65,09%
OTROS	\$ 1.438.954.689	\$ 1.523.388.365	\$ 84.433.676	5,87%
TOTALES	\$ 19.395.405.700	\$ 20.046.024.737		

2.5.1 ANALISIS ESTADO DE CARTERA POR EDADES.

El saldo de cartera de 0 a 90 días se encuentra en la suma de \$ 2.706.806.723 la cual representa una disminución frente al trimestre anterior de 8.43%, el saldo de cartera entre 91 y 180 días se encuentra en la suma de \$2.339.501.388 disminuyendo en un 14.06% comparando con el trimestre anterior, un saldo de cartera entre 181 y 360 días por valor de

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 73 de 262

\$3.461.738.197 y el saldo de la cartera > a 360 días por la suma de \$11.537.978.428 presentan aumento frente al trimestre anterior.

ENTIDADES	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023	VARIACION ABS.	VARIACION RELAT.
CARTERA CORRIENTE	\$ 2.956.058.288	\$ 2.706.806.723	\$ (249.251.565)	-8,43%
DE 91 A 180 DIAS	\$ 2.722.354.499	\$ 2.339.501.388	\$ (382.853.111)	-14,06%
DE 181 A 360 DIAS	\$ 2.760.052.801	\$ 3.461.738.197	\$ 701.685.396	25,42%
MAYOR A 360 DIAS	\$ 10.956.940.112	\$ 11.537.978.428	\$ 581.038.316	5,30%
TOTALES	\$ 19.395.405.700	\$ 20.046.024.736	\$ 650.619.036	

FUENTE: ARCHIVO CARTERA - SOFTWARE SALUD 360

2.5.2 REGIMEN SUBSIDIADO

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado a corte 30 de junio de 2023 es de \$11.869.311.221 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 – Comfactor - Caja de compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy, AMBUQ - Emdisalud) por valor de \$6.909.371.824.

2.5.3 REGIMEN CONTRIBUTIVO

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen contributivo a corte 31 de marzo es de \$2.422.274.712 la cual representa un 12.08% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación (Cafesalud, Coomeva, Medimás EPS, Cruz Blanca y SaludCoop) por valor de \$374.398.751

2.5.4 PPNA- VINCULADOS

El saldo de cartera de las entidades que agrupan a vinculados – migrantes – representa el 13.70% del total de la cartera; siendo la entidad que concentra el 98.78% la Unidad Especial de salud de Arauca que pese a los requerimientos enviados a esta entidad y a los diferentes órganos de control estos manifiestan que a la fecha no disponen de recursos con cargo a este rubro.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 74 de 262

2.5.5 CONSOLIDADO DE RECAUDO

A corte del II trimestre de 2023 se obtiene un recaudo total por la suma de \$18.525.116.023 discriminados en \$1.385.300.578 que representan un 7.48% que corresponden a recaudo vigencia anterior y \$17.139.815.444 que representa el 92.52% que corresponde a la vigencia actual.

El régimen subsidiado con un recaudo consolidado de \$16.372.933.896 representa un 88.38% del total de los recursos recibidos a corte 30 de junio, el recaudo por concepto de PIC municipales, departamentales representa un 5.51%, el régimen contributivo con un recaudo de \$535.835.297 representa un 2.89%, el recaudo del resto de ERP representa un 3.21%.

REGIMEN	RECAUDO CONSOLIDADO A CORTE 30 DE JUNIO DE 2023							
	EVENTO		CAPITADO		TOTAL VIGENCIA ANTERIOR	TOTAL VIGENCIA ACTUAL	TOTALES	% PART.
	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL				
SUBSIDIADO	\$ 901.234.770,00	\$ 3.072.542.426,28	\$ -	\$ 12.399.156.700,70	\$ 901.234.770,00	\$ 15.471.699.126,98	\$ 16.372.933.896,98	88,38%
CONTRIBUTIVO	\$ 240.707.031,87	\$ 224.962.548,00	\$ -	\$ 70.165.718,00	\$ 240.707.031,87	\$ 295.128.266,00	\$ 535.835.297,87	2,89%
M. PREPAGADA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
SOAT	\$ 34.346.516,00	\$ 218.612.712,00	\$ -	\$ -	\$ 34.346.516,00	\$ 218.612.712,00	\$ 252.959.228,00	1,37%
ARL	\$ -	\$ 73.100,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 73.100,00	\$ 73.100,00	0,00%
IPS PRIVADAS	\$ 36.175.535,00	\$ 120.743.019,00	\$ -	\$ -	\$ 36.175.535,00	\$ 120.743.019,00	\$ 156.918.554,00	0,85%
PIC MCPAL	\$ 31.907.450,00	\$ 684.656.053,43	\$ -	\$ -	\$ 31.907.450,00	\$ 684.656.053,43	\$ 716.563.503,43	3,87%
PIC DEPTAL	\$ -	\$ 304.962.332,10	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 304.962.332,10	\$ 304.962.332,10	1,65%
PPNA	\$ -	\$ 525.465,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 525.465,00	\$ 525.465,00	0,00%
REG. ESPECIAL	\$ 853.045,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 853.045,00	\$ -	\$ 853.045,00	0,00%
OTRAS VENTAS (OIM)	\$ 136.086.104,00	\$ 18.582.778,00	\$ -	\$ -	\$ 136.086.104,00	\$ 18.582.778,00	\$ 154.668.882,00	0,83%
PARTICULARES	\$ 3.990.127,00	\$ 24.832.592,00	\$ -	\$ -	\$ 3.990.127,00	\$ 24.832.592,00	\$ 28.822.719,00	0,16%
TOTALES	\$ 1.385.300.578,87	\$ 4.670.493.025,81	\$ -	\$ 12.469.322.418,70	\$ 1.385.300.578,87	\$ 17.139.815.444,51	\$ 18.525.116.023,38	100%

El mayor % de recaudo lo obtiene la entidad a través del mecanismo giro directo previsto por la ley 1438 de 2011, el cual durante el I semestre del 2023 alcanzó un valor de \$9.586.483.671 el cual representa el 51.75% del total del consolidado recaudado.

Esto, comparado con el mismo periodo de la vigencia 2022 refleja un crecimiento del 7.56% en el flujo de recursos de la entidad.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 75 de 262

Como se observa en la tabla, en términos generales, el recurso que ingresa a la institución por giro directo corresponde a un 51.75% del recaudo por venta de servicios de salud y, el 48.25% es transferido por recursos propios de las ERP. Pese a los procesos liquidatorios de los mayores deudores que presentaba la entidad se han venido presentando un recaudo positivo en ambos componentes de giro directo y recursos propios, manteniendo una tendencia de 50 / 50 o 40 / 60, como producto de la gestión realizada con las ERP, las continuas mesas de trabajo, seguimiento a los acuerdos de pago, las gestiones realizadas ante la Supersalud – mesa flujo de recursos, mesa de trabajo Circular 0030.

TRANSFERENCIAS MECANISMO GIRO DIRECTO - 2023							
EPS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTALES
NUEVA EPS	\$ 1.081.283.264	\$ 1.179.277.953	\$ 1.197.521.766	\$ 1.194.819.633	\$ 1.383.036.396	\$ 2.462.790.858	\$ 8.498.729.870
COOSALUD	\$ 51.559.840	\$ 86.078.248	\$ 97.886.367	\$ 144.685.551	\$ 146.806.868	\$ 98.628.376	\$ 625.645.250
SANITAS	\$ -	\$ -	\$ 1.863.700	\$ -	\$ 6.915.684	\$ 63.342.523	\$ 72.121.907
OTRAS	\$ 88.799.221	\$ 272.717.266	\$ -	\$ 7.542.575	\$ 3.512.268	\$ 17.415.314	\$ 389.986.644
TOTALES	\$ 1.221.642.325	\$ 1.538.073.467	\$ 1.297.271.833	\$ 1.347.047.759	\$ 1.540.271.216	\$ 2.642.177.071	\$ 9.586.483.671

FUENTE: PLATAFORMA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - CONS. CARTERA

Conclusiones

- 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 ya que el software que se encuentra presenta innumerables inconvenientes en cuanto a diferencias en los informes generados que 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 76 de 262

2.6 SUBPROCESO GESTIÓN AUDITORIA GLOSAS.

2.6.1 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.

2.6.2 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.

2.6.3 DOCUMENTACIÓN ANALIZADA:

De acuerdo al periodo comprendido entre 01 de ENERO 2023 A MARZO 2023, hemos recibido objeciones por un valor de **\$110.385.205**, 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.

MOTIVO PRINCIPAL	GLOSA INICIAL
AUTORIZACIÓN	10,745,930
COBERTURA	27,493,207
FACTURACION	12,695,463
PERTINENCIA	657,472
SOPORTES	1,694,252
TARIFAS	57,098,881
TOTAL, GENERAL	110,385,205

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 77 de 262

HOSPITAL	VALOR GLOSADO
CENTRO DE SALUD JORDAN	8,607,639
CENTRO DE SALUD PANAMA	727,730
SAN ANTONIO DE TAME	33,527,682
SAN FRANCISCO DE FORTUL	10,550,450
SAN JOSE DE CRAVO NORTE	20,359,917
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	15,865,948
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	17,137,506
SAN RICARDO DE PAMPURI	3,608,333
TOTAL	110,385,205



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 78 de 262

2.6.4 CONCILIACIÓN DE GLOSAS:

Durante el desarrollo de las actividades del trimestre II 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
18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA N° RADICADO 18600	604,553	70,451	534,102
18/01/2023	SUBSIDIADO	CAPRESOCA N° 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

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 79 de 262

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 80 de 262

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 trámite 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

2.6.5 IDENTIFICACION DE HALLAZGOS.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 81 de 262

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.

2.6.5.1 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.

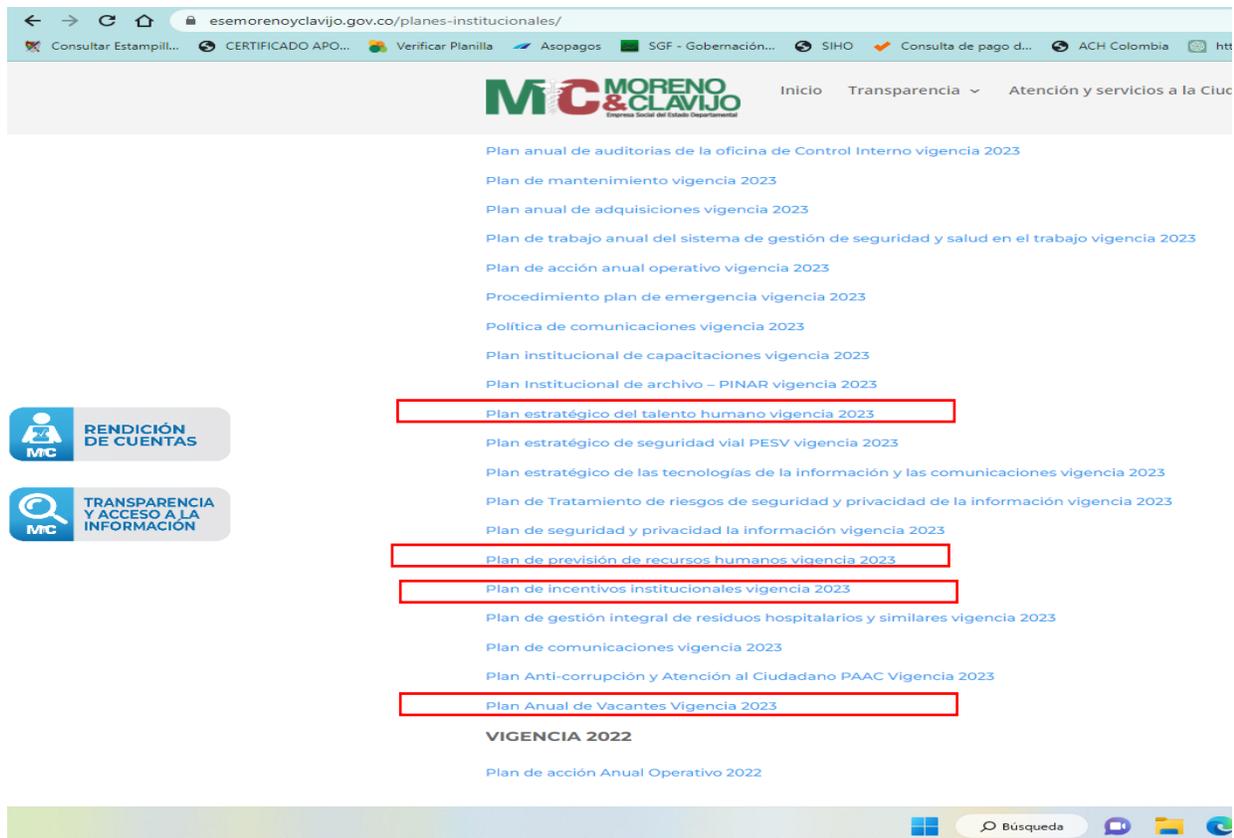
Como es evidente la Institución, se ve afectada económicamente, por diferentes factores según lo que respecta al tema de glosas; razón por la que se continua el acompañamiento al equipo de facturación, socialización de glosas y seguimiento a las actividades en cuanto al manejo de manuales tarifarios 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.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 82 de 262

2.7 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.

2.7.1 DESARROLLO.

Los planes institucionales del Proceso de Gestión del Talento Humano de la vigencia 2023, fueron aprobados en el mes de enero del año en curso, los cuales fueron ajustados a las necesidades del personal, se publicaron en página web comprometidos con el acceso a la información pública y transparencia. De acuerdo al plan de capacitaciones se llevó a cabo las socializaciones de los planes, los cuales fueron socializados en las reinducciones de personal.



esemorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/

Consultar Estampill... CERTIFICADO APO... Verificar Planilla Asopagos SGF - Gobernación... SIHO Consulta de pago d... ACH Colombia

MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental

Inicio Transparencia Atención y servicios a la Ciudadano

- Plan anual de auditorías de la oficina de Control Interno vigencia 2023
- Plan de mantenimiento vigencia 2023
- Plan anual de adquisiciones vigencia 2023
- Plan de trabajo anual del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo vigencia 2023
- Plan de acción anual operativo vigencia 2023
- Procedimiento plan de emergencia vigencia 2023
- Política de comunicaciones vigencia 2023
- Plan institucional de capacitaciones vigencia 2023
- Plan Institucional de archivo – PINAR vigencia 2023
- Plan estratégico del talento humano vigencia 2023**
- Plan estratégico de seguridad vial PESV vigencia 2023
- Plan estratégico de las tecnologías de la Información y las comunicaciones vigencia 2023
- Plan de Tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información vigencia 2023
- Plan de seguridad y privacidad la información vigencia 2023
- Plan de previsión de recursos humanos vigencia 2023**
- Plan de incentivos institucionales vigencia 2023**
- Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares vigencia 2023
- Plan de comunicaciones vigencia 2023
- Plan Anti-corrupción y Atención al Ciudadano PAAC Vigencia 2023
- Plan Anual de Vacantes Vigencia 2023**

VIGENCIA 2022

- Plan de acción Anual Operativo 2022

RENDICIÓN DE CUENTAS

TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Búsqueda

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 83 de 262

Lo anterior es la evidencia tomada de la página web en el siguiente link o ruta:
<https://esemorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/>

Socializaciones Planes Institucionales:



Ruta de evidencias: Equipo Líder Talento Humano / Disco Talento Humano / Talento Humano / 10. Planes Institucionales Talento Humano / 2023 / Soportes Plan de Capacitaciones

2.7.2 EJECUCION- PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES 2023.

Dentro del plan de incentivos institucionales de la vigencia 2023, se contemplaron actividades que serán ejecutados en el transcurso del año.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 84 de 262

A la fecha se ejecutaron las siguientes actividades: Día del género, Día del trabajador, Día de la Enfermera, Día del servidor Público y Cumpleaños.

ITEM	ACTIVIDADES	FECHA CONMEMORACIÓN	E	N	F	E	M	A	A	M	J	J	A	S	O	N	D					
			E	B	A	R	A	B	A	Y	U	N	L	O	S	E	P	T	O	V	I	C
			1° CUATRIMESTRE					2° CUATRIMESTRE					3° CUATRIMESTRE									
1	DIA DEL GENERO	MARZO					X															
2	DIA DEL TRABAJO	01 DE MAYO								X												
3	DIA DE LA ENFERMERA	12 DE MAYO								X												
4	DIA DEL SERVIDOR PUBLICO	27 DE JUNIO								X												
5	ACTIVIDADES DEPORTIVAS - CAMPEONATO INTERNO	OCTUBRE														X						
6	SEMANA MORENITOS SALUDABLES	AGOSTO											X									
7	CUMPLEAÑOS	TODO EL AÑO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
8	CELEBRACIÓN AMOR Y AMISTAD	SEPTIEMBRE												X								
9	CONMEMORACIÓN ANIVERSARIO ESE MORENO Y CLAVIJO Y JORNADA CULTURAL	18 DE JULIO									X											
10	DIA DEL MEDICO	3 DE DICIEMBRE																X				
11	RECONOCIMIENTOS	DIC																X				
12	NOVENA DE NAVIDAD (INCLUYE DECORACIÓN)	16 AL 20 DE DICIEMBRE																X				
13	INTEGRACIÓN FIN DE AÑO	DIC																X				

DIA DEL GENERO (Día de la mujer y del Hombre): Se realizaron actividades enfatizadas al mejoramiento del entorno laboral, en el cual se llevó a cabo una jornada recreativa y pedagógica, dirigidas al personal de los Hospitales San Lorenzo de Arauquita, San Antonio de Tame, San Francisco de Fortul, San Ricardo Pampuri La Esmeralda, San José de Cravo Norte, San Juan de Dios de Puerto Rondón; los Centros de Salud Juan de Jesús Coronel de Puerto Jordán y Panamá de Arauca y Sede Administrativa Tame de la E.S.E. Moreno y Clavijo.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 85 de 262

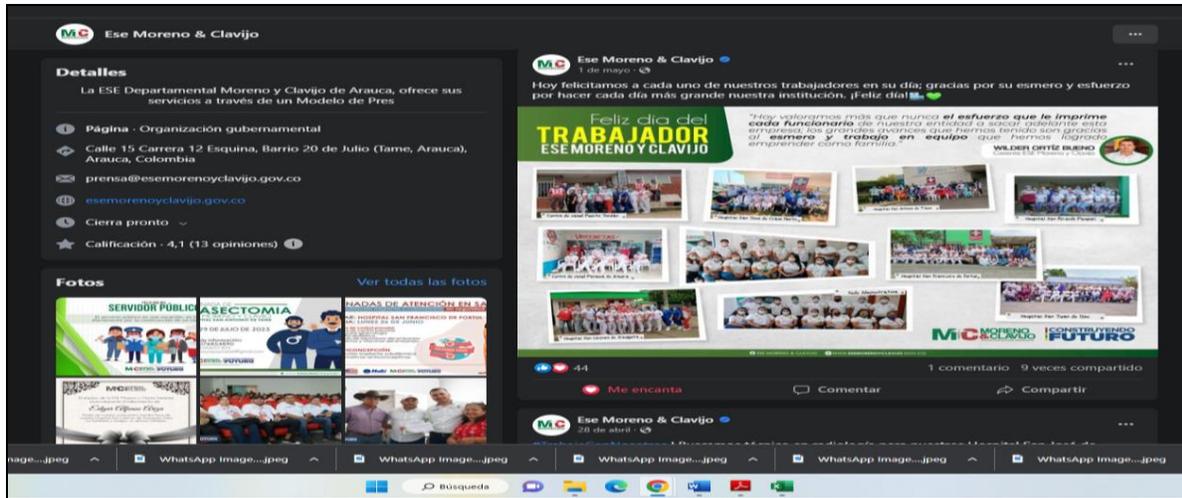
Estas actividades incluyeron dinámicas para empleados que contribuyeron con el mejoramiento de la salud física y psicológica del personal de cada centro asistencial, desarrollado en espacios adecuados para las dinámicas las cuales se enfocaron en: Ayudar a la integración y las relaciones interpersonales, laborales, reducir el estrés laboral, mejorar el clima laboral a través de los ejercicios físicos, aliviar las tensiones laborales y aumentar el rendimiento laboral.

Registros fotográficos:



 <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 86 de 262

DIA DEL TRABAJADOR: Se conmemora el día Trabajador. Se realiza publicación en Fan page Ese Moreno & Clavijo y se comparte vía WhatsApp



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 87 de 262

DIA DE LA ENFERMERIA: Se realizó un homenaje al personal de salud dedicado al cuidado de los pacientes exaltando su labor con la entrega de un incentivo que los represente. Se realiza publicación en Fan page ESE Moreno & Clavijo y se comparte vía WhatsApp.



DIA DEL SERVIDOR PUBLICO: Se conmemora el día nacional de Servidor Público. Se realiza publicación en Fan page ESE Moreno & Clavijo y se comparte vía WhatsApp

Reconocimiento por el sentido de pertenencia, la eficiencia, la adecuada prestación del servicio, los valores y la ética del servicio en lo público y el buen desempeño en nuestra entidad.

 <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 88 de 262

Publicaciones Información Menciones Opiniones Seguidores Fotos Más ▾

Detalles

La ESE Departamental Moreno y Clavijo de Arauca, ofrece sus servicios a través de un Modelo de Pres

- Página · Organización gubernamental
- Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca), Arauca, Colombia
- prensa@esemorenoyclavijo.gov.co
- esemorenoyclavijo.gov.co
- Cierra pronto ▾
- Calificación - 4,1 (13 opiniones) ⓘ

Publicaciones 🔍 Filtros

Ese Moreno & Clavijo 9 h · 🌐

Felicitemos hoy a nuestros empleados en el día del servidor público. 📄 📷

"El servicio público es una vocación, es trabajar diariamente por la construcción de un mejor país"



FELIZ DÍA DEL SERVIDOR PÚBLICO

El servicio público es una vocación, es trabajar diariamente por la construcción de un mejor país

MORENO & CLAVIJO **CONSTRUYENDO FUTURO**
WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

4 veces compartido

Ver todas las fotos

WhatsApp Image...jpeg

Búsqueda

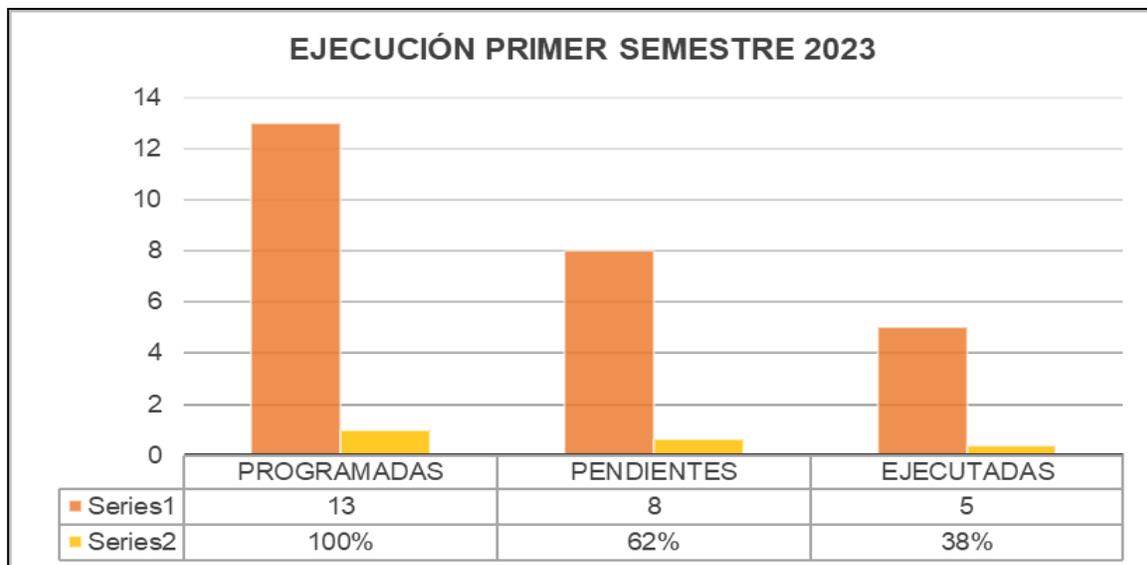


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 89 de 262

CUMPLEAÑOS:



Porcentaje de ejecución:



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 90 de 262

2.7.3 EJECUCION- PLAN DE CAPACITACIONES 2023:

Se expone el avance y cumplimiento del plan de Capacitaciones de la vigencia 2023, se contemplaron unas actividades que serán ejecutados en el transcurso del año.

Dentro de las actividades se ejecutaron las siguientes: Inducción y Re Inducción.

ITEM	TEMAS DE CAPACITACIÓN	RESPONSABLES	SISTEMA DE CAPACITACIÓN	E	N	F	E	M	A	R	A	B	R	M	A	J	J	A	S	O	N	D
				NE	EB	FE	MA	RA	AB	BR	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI				
				1° CUATRIMESTRE				2° CUATRIMESTRE				3° CUATRIMESTRE										
1	Inducción para personal nuevo	Talento Humano	Presencial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Re inducción de personal		Presencial			x	x															

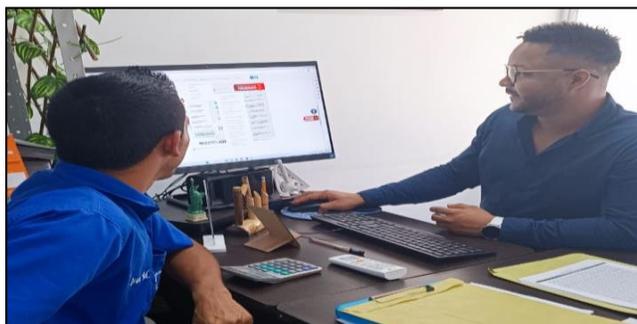
INDUCCIONES PARA PERSONAL NUEVO:

- **Las inducciones** realizadas y acumuladas en el segundo semestre del año en curso, están alrededor de 150 personas en promedio, esto debido a los ingresos por renuncia del personal, cubrimiento del plan de vacaciones y personal del servicio social obligatorio.

Todas las inducciones son evidenciadas en las Hojas de vida del personal, se diligencia formato de asistencia con los temas tratados durante la inducción. Para poder corroborar dicha información se verifica en el archivo de historias laborales de la Gestión del Talento Humano.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 91 de 262

Registro fotográfico:



RE INDUCCIÓN DE PERSONAL:

Durante el primer semestre del presente año, se realizaron **Re inducciones** al personal de la red hospitalaria:

- 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), cultura institucional. Y se

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 92 de 262

diseñaron de acuerdo a los lineamientos de la entidad en el cual se establecieron necesidades de capacitación existentes:

(4) capacitaciones de reinducción internas, las cuales se adelantaron con conocimiento existente en la entidad.

Registro fotográfico:

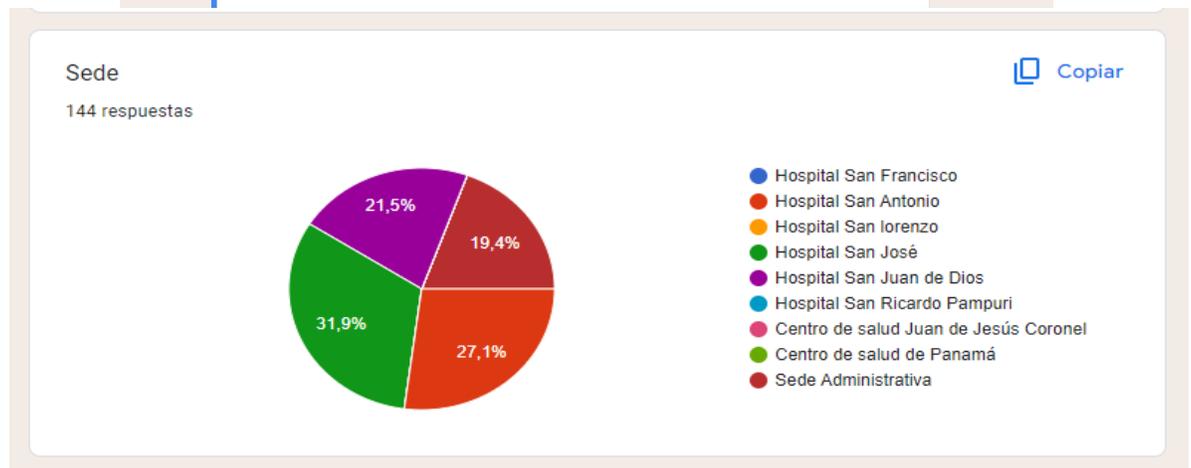


 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 93 de 262

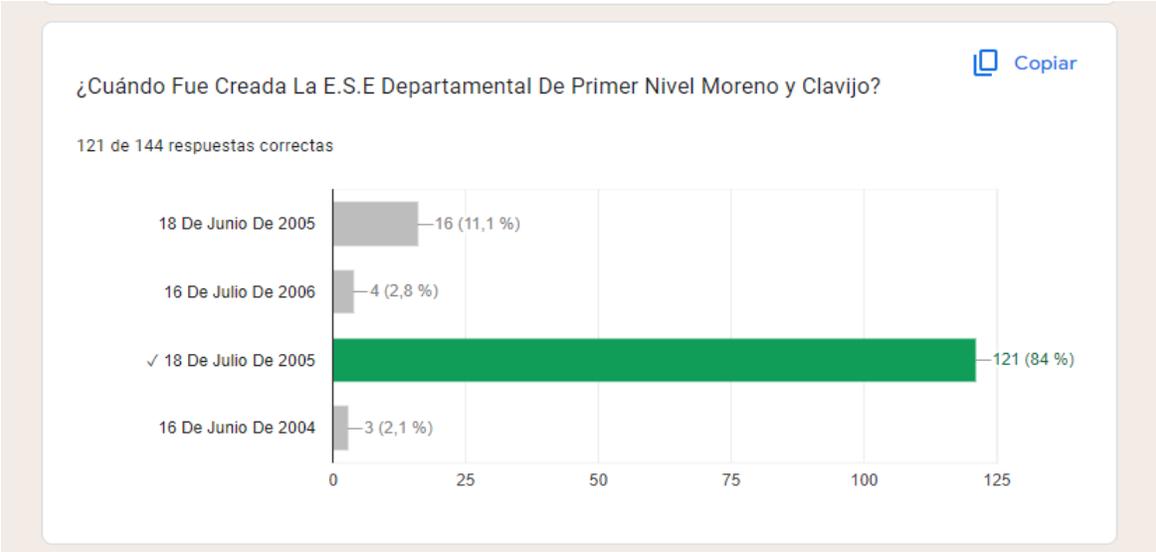
La Re inducción reorientó la integración del empleado a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos en el estado y sus funciones, al interior de la entidad, en la dependencia donde labora, en el puesto de trabajo; facilitando con ello un mayor sentido de pertenencia e identidad del personal.

Evaluación: Evaluación del impacto del plan institucional de capacitaciones- PIC.

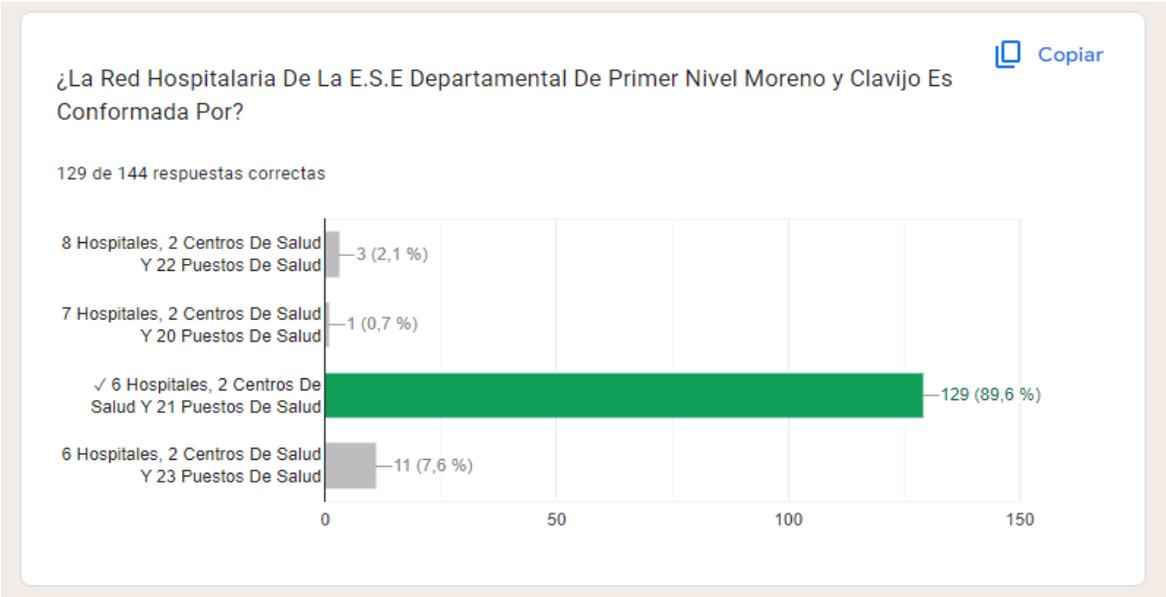
En este ítem se evalúa los temas de inducción y Reinducción, por tanto, se anexa evidencia.



Se evidencia la participación del personal de acuerdo al número de personas en cada sede.

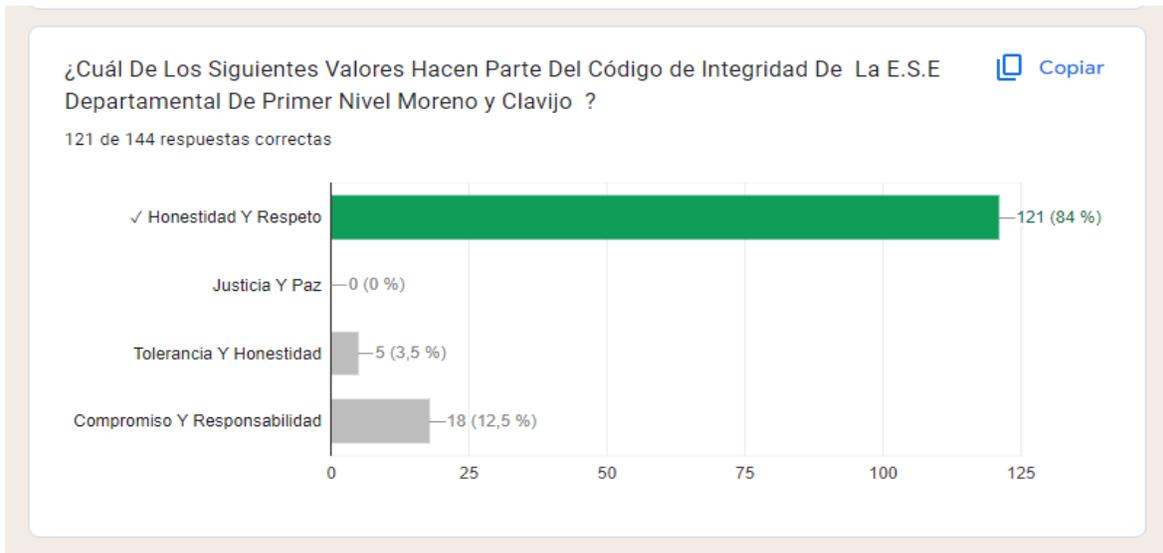


Se evidencia que el personal tiene conocimiento sobre la creación de la ESE Moreno y Clavijo.



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 95 de 262

Se evidencia que el personal tiene conocimiento sobre la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo.



Se evidencia que el personal tiene conocimiento sobre los Valores Institucionales de la ESE Moreno y Clavijo con respecto al Código de Integridad.

PLAN DE CAPACITACIÓN:

- Durante el primer semestre se llevó a cabo un proceso de actualización del **plan de capacitaciones** de acuerdo al plan de mejoramiento para la verificación de necesidades de capacitaciones.

El objetivo del PIC es facilitar a través de un conjunto coherente de acciones de capacitación y formación, el desarrollo de competencias, el mejoramiento de los procesos institucionales y el fortalecimiento de la capacidad laboral de los empleados a nivel individual y de equipo para conseguir los resultados y metas institucionales establecidas en una entidad pública.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 96 de 262

A raíz de esto se formuló la identificación o diagnóstico de necesidades de capacitación:

Esta actividad **“CUESTIONARIO PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN VIGENCIA AÑO 2023”** tuvo como objetivo conocer las necesidades y demandas del personal en materia de capacitación para mejorar su desempeño, así como identificar la relación existente en puesto – función y capacidad.

Así las cosas, el personal de planta relacionó en esta encuesta los temas de acuerdo al cargo que desempeñan para fortalecer el proceso de aprendizaje, conocimientos y poner en práctica en sus deberes y funciones como servidores públicos.

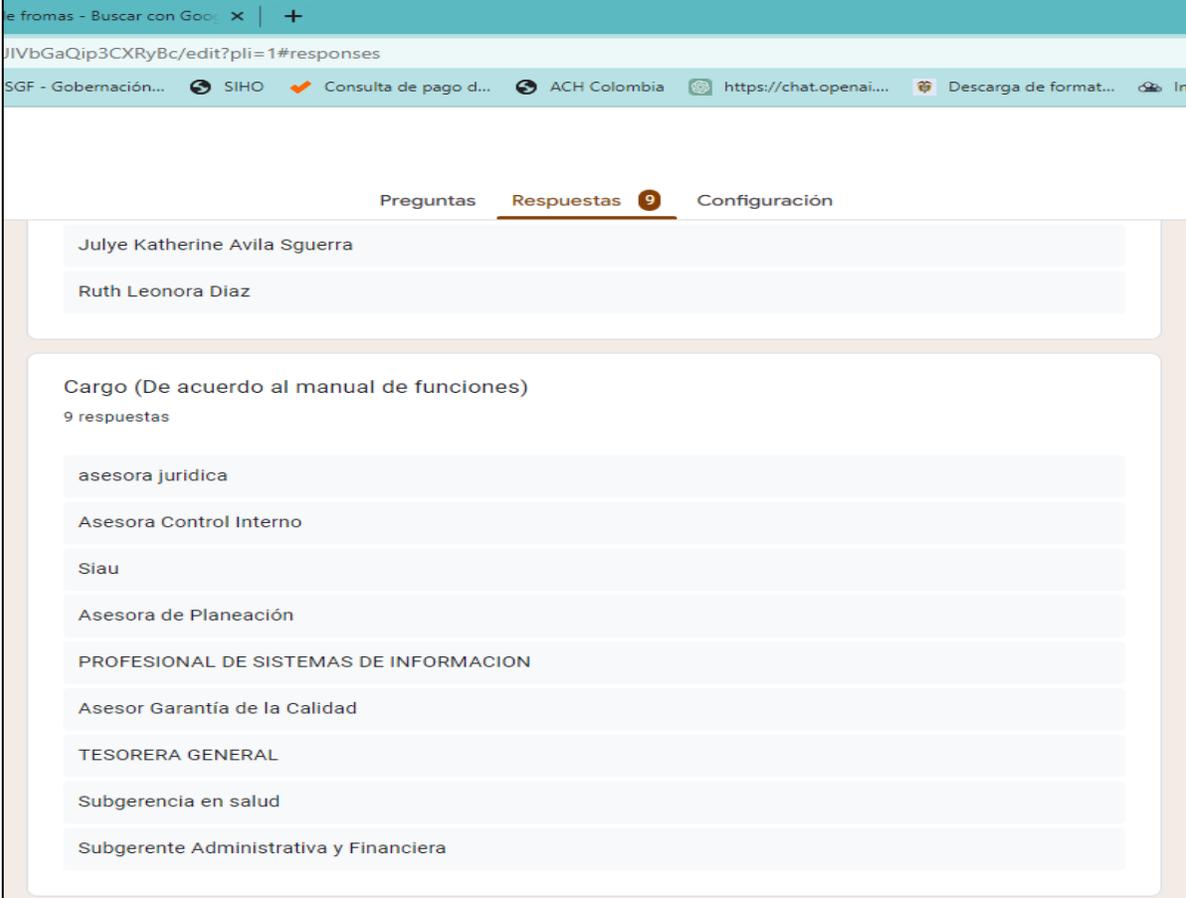
La encuesta fue realizada mediante Formularios de Google, enviada a los correos institucionales y WhatsApp personal.



The screenshot shows a Google Form interface. At the top, there are navigation tabs: 'Preguntas', 'Respuestas' (with a count of 9), and 'Configuración'. Below the tabs is a gallery of 10 thumbnail images showing groups of people in various settings. The main content area has a title: **CUESTIONARIO PARA DETECTAR NECESIDADES DE CAPACITACIÓN VIGENCIA AÑO 2023**. Below the title, the 'OBJETIVO' is stated: 'Conocer las necesidades y demandas del personal en materia de capacitación para mejorar su desempeño, así como identificar la relación existente en puesto – función y capacidad.' The 'Instrucciones' section reads: 'El presente cuestionario se aplicará al personal de planta que labora en la ESE Departamental Moreno y Clavijo y se requiere ser contestado con veracidad, leyendo con mucha atención cada pregunta. Las respuestas que se mencionen determinarán la realización de acciones de capacitación para atender la mejora en el desempeño laboral en la búsqueda de carácter institucional para acercar mejores conocimientos para la calidad, eficiencia y productividad en el trabajo y con espíritu de cultivar el desarrollo y superación personal de cada trabajador.' Below the instructions are two input fields: 'Nombre *' and 'Cargo (De acuerdo al manual de funciones) *'. The bottom of the screenshot shows the Windows taskbar with various application icons.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 97 de 262

La población objetivo fue de (9) empleados y el porcentaje de acuerdo a la pregunta *¿Cree que usted necesita capacitación?* Respuesta: El 100% manifestó sí.



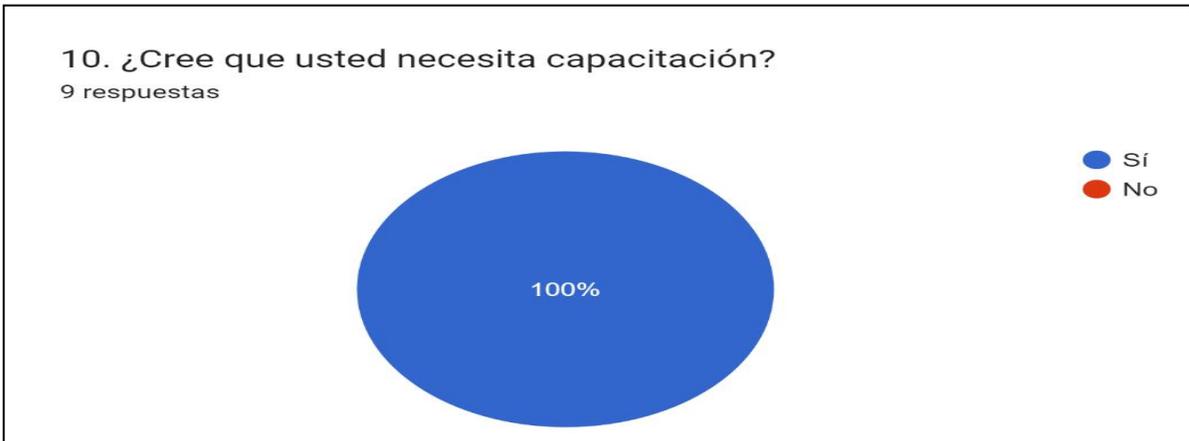
Preguntas Respuestas 9 Configuración

Julye Katherine Avila Sguerra

Ruth Leonora Diaz

Cargo (De acuerdo al manual de funciones)
9 respuestas

- asesora juridica
- Asesora Control Interno
- Siau
- Asesora de Planeación
- PROFESIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION
- Asesor Garantía de la Calidad
- TESORERA GENERAL
- Subgerencia en salud
- Subgerente Administrativa y Financiera



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 98 de 262

Los temas relacionados en la respectiva encuesta por parte del personal objetivo son los siguientes:

11. ¿Qué tema o temas de capacitación cree que debe recibir?

8 respuestas

- Diplomado en contratación estatal
- Sistemas Gestión de Riesgos y Control Interno, Auditoría y Control interno, Control Interno en el Proceso Auditor
- POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- Auditoría, MIPG,
- Sistemas de información en salud, Excel para el manejo de datos, gestión y análisis de datos.
- SOGC en su Componente de Sistema Único de Habilitación, PAMEC y sistema único de Acreditación.
- PLANIFICACION Y GESTION DE TESORERIA,
- Auditoría financiera, Talento Humano

A partir de lo anterior se actualiza el Plan de Capacitaciones 2023 y los temas se ejecutarán en el segundo semestre del presente año. Se realizará el acompañamiento para la gestión de los cursos, diplomados, entre otros. Con el fin de que los empleados lleven a cabo su proceso de formación y/o actualización.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 99 de 262

Ruta de evidencias: Equipo Líder Talento Humano / Disco Talento Humano / Talento Humano / 10. Planes Institucionales Talento Humano / 2023 / soportes Plan de Capacitaciones.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%**.

2.7.4 EJECUCION- PLAN DE PREVISIONDE RECURSOS HUMANOS2023:

El Plan de Previsión de Recursos Humanos, surge de las obligaciones constitucionales y legales, en particular la establecida en el artículo 17 de la Ley 909 de 2004, la cual determina: Todas las unidades de personal o quienes hagan sus veces de los organismos o entidades a las cuales se les aplica la presente ley, deberán elaborar y actualizar anualmente planes de previsión de recursos humanos que tengan el siguiente alcance:

- a) Cálculo de los empleos necesarios, de acuerdo con los requisitos y perfiles profesionales establecidos en los manuales específicos de funciones, con el fin de atender a las necesidades presentes y futuras derivadas del ejercicio de sus competencias.
- b) Identificación de las formas de cubrir las necesidades cuantitativas y cualitativas de personal para el período anual, considerando las medidas de ingreso, ascenso, capacitación y formación.
- c) Estimación de todos los costos de personal derivados de las medidas anteriores y el aseguramiento de su financiación con el presupuesto asignado. Todas las entidades y organismos a quienes se les aplica la presente ley, deberán mantener actualizadas las plantas globales de empleo necesarias para el cumplimiento eficiente de las funciones a su cargo, para lo cual tendrán en cuenta las medidas de racionalización del gasto. El Departamento Administrativo de la Función Pública podrá solicitar la información que requiera al respecto para la formulación de las políticas sobre la administración del recurso humano.

La caracterización de los empleos con los que cuenta la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo se evidencia a través de la planta de personal de la entidad, como se muestra en las siguientes tablas:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 100 de 262

Planta Global De Personal:

Tabla 1.

NOMBRE DE CARGOS	N° CARGOS
SEDE CENTRAL	
Gerente ESE	1
Subgerente en Salud	1
Subgerente Administrativo y financiero	1
Asesor (Control Interno)	1
Asesor Planeación	1
Asesor Jurídico	1
Asesor Sistema Obligatorio Garantía de Calidad	1
Tesorero General	1
Profesional Universitario (sistema de Información)	1
Profesional Universitario (Financiero)	1
Profesional Universitario (SIAU)	1
SUBTOTAL SEDE CENTRAL	11
Director Hospital	6
Medico SSO	23
Odontólogo SSO	6
Enfermero SSO	10
Bacteriólogo SSO	4
TOTAL - HOSPITALES	49
	60

Cargos Ocupados:

 <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 101 de 262

Tabla 2.

NIVEL	No. De cargos ocupados	Mujeres	% Mujeres	Hombres	% Hombres	TOTAL
DIRECTIVO	9	5	56%	4	44%	100%
ASESOR	4	3	75%	1	25%	100%
PROFESIONAL	4	1	25%	3	75%	100%
ASISTENCIAL	39	24	62%	15	38%	100%
TOTAL	56	33		23		56

Respecto al total de cargos según tabla 1 y los cargos ocupados relacionados en la tabla 2 se puede evidenciar una variación con relación al personal asistencial específicamente en los cargos de los bacteriólogos toda vez que para el segundo trimestre del año se cuenta con 2 cargos cubiertos de 4 plazas aprobadas al igual que los cargos de odontólogos con 2 plazas cubiertas de las 6 aprobadas, sin embargo, dichas actividades son desarrolladas por profesionales vinculados a través de prestación de servicios, dando continuidad a la prestación del servicio y cumplimiento del objeto institucional

2.7.5 EJECUCION- PLAN ANUAL DE VACANTES 2023.

El Plan Anual de Vacantes, es una herramienta que tiene como propósito estructurar y actualizar la información de los cargos vacantes de la ESE MORENO Y CLAVIJO, con el fin de programar la provisión de los empleos con vacancia definitiva en la vigencia siguiente o inmediata, una vez se genere, para que no afecte el servicio público e inclusive las temporales, siempre y cuando se disponga de la respectiva disponibilidad presupuestal.

Igualmente, permite programar la provisión de los empleos con vacancia definitiva o temporal, el procedimiento de selección que se pueda surtir, los perfiles y número de cargos existentes que deban ser objeto de provisión, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios que se prestan.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 102 de 262

La información de las vacancias se actualiza en la medida en que se vayan cubriendo las mismas o se generen otras. También busca establecer cuáles son las necesidades de planta para el cabal cumplimiento de las funciones de la entidad.

Este plan busca mejorar los procesos de gestión administrativa, ofrecer igualdad de oportunidades para el acceso y promoción del servicio y estabilidad en los cargos.

Los empleos públicos pueden ser provistos de manera definitiva o transitoria mediante encargo o nombramiento provisional. Los términos de las mismas varían dependiendo la naturaleza del cargo si es de carrera administrativa o de libre nombramiento y remoción.

Las variaciones reflejadas para el segundo trimestre del año se presentaron de la siguiente manera:

- El cargo de profesional universitario (sistemas de información) se encuentra en vacancia definitiva, es importante mencionar que el cargo fue cubierto en provisionalidad de acuerdo a la necesidad y por el tiempo en que dicho cargo salga a concurso por la comisión nacional del servicio civil.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%**.

2.7.6 SIA

SIA Observa es una plataforma WEB cuya funcionalidad principal es ofrecer a las entidades de control fiscal y a los Sujetos Vigilados, una herramienta de captura de información contractual y presupuestal para la toma de decisiones oportuna y con carácter preventivo.

Desde la gestión del talento humano se viene realizando el cargue de la contratación del talento humano, de acuerdo a las necesidades previas. A continuación, se relaciona los reportes mensuales.

 <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 103 de 262

SIA OBSERVA – CONTRATACIÓN 2093		
ITEM	CUMPLE	No. DE CONTRATOS
ENERO	SI	365
FEBRERO	SI	126
MARZO	SI	91
ABRIL	SI	72
MAYO	SI	392
JUNIO	SI	226
JULIO		
AGOSTO		
SEPTIEMBRE		
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%**.

2.7.7 SIGEP

El Departamento Administrativo de la Función Pública lidera desde el año 2010 la implementación del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP) con el fin de compilar información de gestión del talento humano al servicio del Estado Colombiano, lo anterior en cumplimiento del artículo 18 de la Ley 909 de 2004

La oficina de Gestión del Talento Humano de la ESE Moreno y Clavijo, viene adelantando gestiones para la actualización del personal en la plataforma del Sigep II.

- Se cuenta con Rol de administrador para contratación
- Se cuenta con Rol de administrador para Recurso Humano.

Se realizó el envío de la información del personal activo en archivo plano, cargue masivo de los empleados público, por lo tanto, estamos a la espera de respuesta por parte de la Función Pública.

DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA: La ESE Moreno y Clavijo como ente del Orden Territorial, Sus empleados públicos tienen plazo de realizar el reporte hasta el 31 de julio del año en curso.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%**.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 104 de 262

2.7.8 SECOP.

Es la plataforma en la cual las Entidades Estatales deben publicar los Documentos del Proceso, desde la planeación del contrato hasta su liquidación. También permite a las Entidades Estatales y al sector privado tener una comunicación abierta y reglada sobre los Procesos de Contratación.

Desde la gestión del talento humano se viene realizando el cargue de la contratación del talento humano, de acuerdo a las necesidades previas. A continuación, se relaciona los reportes mensuales.

SECOP – CONTRATACIÓN 2023		
ITEM	CUMPLE	No. DE CONTRATOS
ENERO	SI	365
FEBRERO	SI	126
MARZO	SI	91
ABRIL	SI	72
MAYO	SI	392
JUNIO	SI	226
JULIO		
AGOSTO		
SEPTIEMBRE		
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%**.

2.7.9 CODIGO DE INTEGRIDAD.

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

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

 <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 105 de 262

Durante las capacitaciones de reinducción se socializa el Código de Integridad, como estrategia para fortalecer las competencias de conocimiento (saber) habilidad (Hacer) y Actitud (Ser), cultura institucional.

Se llevará a cabo un proceso de actualización del plan de implementación del código de integridad 2023, la cual está establecida como plan de mejora.

Soportes: listados de asistencia y registro fotográfico.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%**.

2.7.10 ESCALA SALARIALES:

La ESE Moreno y Clavijo da cumplimiento a lo establecido en la plan anticorrupción y atención al ciudadano PAAC vigencia 2023 de acuerdo al Subcomponente 1: Lineamientos transparencia activa.

Actualmente nuestra página web contiene el reporte de escala salarial de la vigencia 2022 en el siguiente link:

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2022/10/Escala-Salarial-2022.pdf>

En el mes de Julio del 2023 se realizará la publicación de las asignaciones salariales para la vigencia 2023 para dar cumplimiento a los requerimientos reallizados mediante auditoria por la oficlna de Planeación y Control interno.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 66%**.

 <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 106 de 262

ANÁLISIS N° OPS TERCER TRIMESTRE 2022			
CONCEPTO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	\$ 210.464.900	\$ 217.473.200	\$ 228.905.080
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	\$ 173.482.600	\$ 180.073.100	\$ 182.569.100
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	\$ 113.254.700	\$ 120.932.449	\$ 122.990.549
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	\$ 68.284.600	\$ 72.672.276	\$ 74.670.666
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL - PUERTO JORDAN	\$ 40.634.600	\$ 31.314.900	\$ 46.624.100
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - RONDON	\$ 53.284.499,88	\$ 53.153.700	\$ 57.776.650
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	\$ 50.251.199,86	\$ 49.562.367	\$ 56.545.167
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	\$ 30.602.198,28	\$ 31.017.188	\$ 31.017.188
SEDE CENTRAL	\$ 141.749.361,06	\$ 150.512.961	\$ 152.971.894
PIC	\$ 85.694.893,33	\$ 131.033.983	\$ 143.212.163
APH	\$ 8.519.100	\$ 8.519.100	\$ 8.519.100
ESPECIALISTAS	\$ 110.207.788,95	\$ 113.256.000	\$ 103.526.000
ETCR	\$ 3.216.667	\$ 3.841.200	\$ 3.841.200
RED HOSPITALARIA	\$ 2.913.200	\$ 2.913.200	\$ 2.913.200
UNPFA	\$ 15.707.000	\$ 15.707.000	\$ 15.707.000
TOTAL:	\$ 1.108.267.308,36	\$ 1.181.982.624	\$ 1.231.789.057

Se puede establecer que durante el tercer trimestre de 2022 los gastos del personal de prestación de servicios de la ESE Moreno y Clavijo arrojó un total de \$ 3.522.038.990,00 con una variación porcentual del 9% de un mes otro como se puede evidenciar en la tabla anterior.

2.8 SUBPROCESO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

2.8.1.1 PLAN DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO -PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, que corresponden al conjunto de normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento de los empleadores y contratantes, mediante los cuales se establecen, verifican y controlan las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, indispensables para el funcionamiento, ejercicio y desarrollo de actividades en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SST.

El SG-SST realizo la evaluación inicial de los Estándares Mínimos en el mes de diciembre de 2022, comunicando el resultado a la ARL Positiva el 03 de enero de 2023. En el ejercicio de autoevaluación realizado por la dependencia, se observó el grado del diseño e implementación del sistema; los resultados de la evaluación de acuerdo con la metodología del plan de trabajo anual. La evaluación para este mismo ejercicio fue del 88%, resultado que se obtuvo del promedio de los siguientes estándares:

- Verificación del SGSST
- Recursos
- Mejoramiento
- Gestión de peligros y riesgos
- Gestión de plan estratégico de seguridad vial

VERIFICACION DEL SGSST:

Para los demás estándares, asociados con: Verificación del Sistema, Mejoramiento y Gestión de Peligros y Riesgos, se evidencio de acuerdo con esta auditoría, el cumplimiento con el 88% del puntaje esperado.

Frente al grado de implementación de acuerdo con el ciclo PHVA, se obtuvieron los siguientes resultados:

PORCENTAJE DE CALIFICACION POR CICLO		
CICLO	RESULTADO	% DE CALIFICACIÓN
PLANEAR	23,5	94
HACER	45,5	96,67
VERIFICAR	5	80
ACTUAR	14	80
TOTAL	88	390,67



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 108 de 262

RECURSOS

CLASIFICACION	ESTANDAR RESOLUCION 305 DE 2022	RELACION ESTANDAR DE CALIDAD ISO 45001
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos financieros ▪ Técnicos ▪ Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Roles, responsabilidades y auditorias en la organización ▪ Liderazgo y compromiso de la organización ▪ Consulta y participación de los trabajadores
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Competencia ▪ Toma de conciencia

Socialización e informe de ejecución del plan anual de seguridad y salud en trabajo.



		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL			GTH-FO-004 Versión 03 PAGINA: 1 de 1
CAPACITACION <input checked="" type="checkbox"/> INDUCCION <input type="checkbox"/> REINDUCCION <input type="checkbox"/> DIVULGACION SIG <input type="checkbox"/> SOCIALIZACION <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?					
TEMA: Programa de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST)					
DIRIGIDO A: Personal Sede Administrativa					
FECHA: 29/02/2023			LUGAR: Sede Central		
HORA: 10:00 AM			EXPOSITOR: Coordinador SST		
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?:					
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma
	Elmer Mauricio Saldaña	808100010	Sede Central	Facturación	
	Luis Alfonso Santaluz C.	80058325	Administrativa	Sistemas	
	Edwin Comandante Sumbi	63287337	Compras	Compras	
	Wilson Muñoz	52422170	Sede Central	ASCO	
	Alfredo Saavedra Peña	1116377721	SEDE ADMINISTRATIVA	SIS. INFORMACION	
	Walter Ponce Rojas	46453741	Teléfono Humano	APOYO	
	Andrea Mayerly González B.	1116377315	Administrativa	Farmacía	
	Javier Alexis Ramírez Lozano	11163806321	Administrativa	Talento Humano	
DATOS DEL RESPONSABLE (S)					
Nombre: Nelson Eduardo Angue Parro			Firma: Nelson Angue Parro		
Nombre:			Firma:		

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL			GTH-FO-004 Versión 02 PAGINA: 1 de 1
CAPACITACION <input checked="" type="checkbox"/> INDUCCION <input type="checkbox"/> REINDUCCION <input type="checkbox"/> DIVULGACION SIG <input type="checkbox"/> SOCIALIZACION <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?					
TEMA: Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo					
DIRIGIDO A: Estudiantes de Prácticas de Entrenamiento					
FECHA: 01/05/2023			LUGAR: Hospital San Antonio de Tama		
HORA: 8:00 A.M			EXPOSITOR: Coordinador SST		
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?:					
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma
1	Paula Juliana de la Cruz	1119510151	Esedco		
2	Paula Daniela Hernández Vargas	1006446337	Esedco		
3	Laura Fernanda Botto B.	1006451553	Esedco		
4	Juana Valentina Fierro	1006451485	Esedco		
5	Marta Carolina Rodríguez O.	464538464	Esedco		
6	Clayda Espinoza Guadalupe	1116388881	Esedco		
7	Mayerly Espinoza Balmonte	1116388881	Esedco		
8	Elysa Nayara Betancourt Ortiz	11163820107	Esedco		
9	Rebeca Andrea Arango P.	1116386629	Esedco		
10	Yessica Leticia Mucelo Cruz	1010073500	Esedco		
11	Thuzbennys Rossire Olivo	27534330	Esedco		
12	Michael David Ayra Villanueva	1116385581	Esedco		
13	Yany Susseon Mora	1006451799	Esedco		
14	Yermin Tadrá Jaime C	1002270609	Esedco		
15	Agrieli Soledad Leon Canjigal	1006627580	Esedco		
DATOS DEL RESPONSABLE (S)					
Nombre y C.C.: Nelson Angue Parro			Firma: Nelson Angue Parro		
Nombre y C.C.:			Firma:		

Gestión de Peligros y Riesgos

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.

 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 110 de 262

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

SEDE	N° AT 2023
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL PUERTO JORDAN	0
CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	2
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	1
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	0
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	0
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI LA ESMERALDA	0
SEDE ADMINISTRATIVA	0
TOTAL A.T.	3

Los siguientes son los Accidentes Laborales detallados que se han generado en el segundo 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
18/05/2023	CSPA	HERIDA	MANOS	MATERIALES O SUSTANCIAS	EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS	AUXILIAR DE SERVICIOS GERNERALES

31/05/2023

CSPA

TRAUMA SUPERFICIAL

MANOS

MATERIALES O SUSTANCIAS

EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS

AUXILIAR DE ENFERMERIA

29/06/2023

HSAT

TRAUMA SUPERFICIAL

MANO

MATERIALES O SUSTANCIAS

EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS

ENFERMERA JEFE

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

Trabajadores:

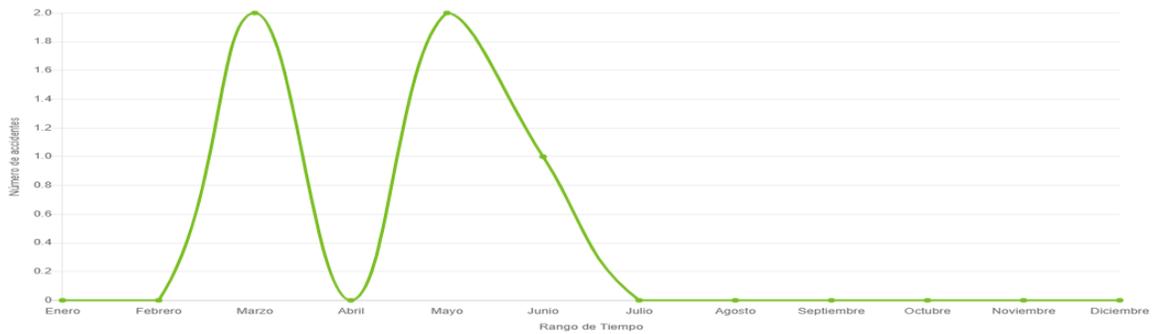
DEPENDIENTES

INDEPENDIENTES

ESTUDIANTES

Informe

Reportes por mes



Del total de personal accidentado en el periodo mes de mayo se reporta dos (2) accidentes al personal vinculado mediante Contrato termino fijo.

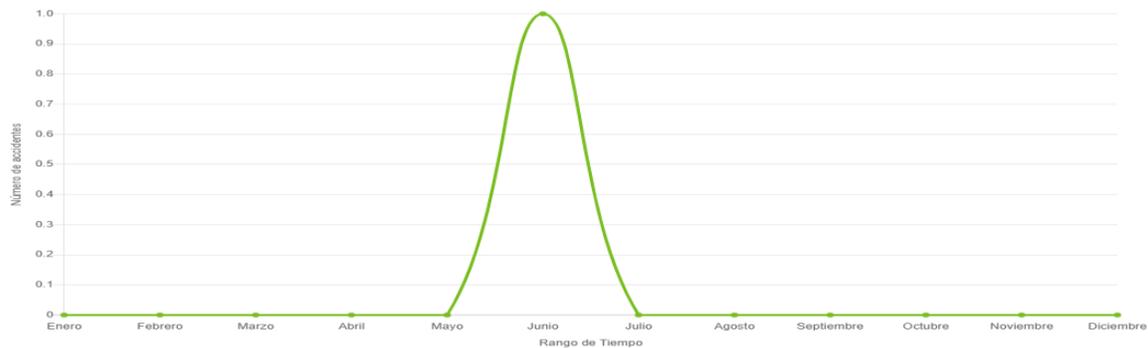
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 112 de 262

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

Trabajadores: DEPENDIENTES INDEPENDIENTES ESTUDIANTES

Informe

Reportes por mes



El personal accidentado en el periodo del mes de junio se reporta un (1) accidentes del personal vinculado mediante contrato de prestación de servicios.

De acuerdo al total de los accidentes reportados, el mecanismo del accidente que se presento es la exposición o contacto sustancias nociva o radicales o salpicaduras con un 100%, el agente que causo la mayor cantidad de accidentes para este periodo fue el contacto con materiales o sustancias, la información recolectada de los reportes de accidente laboral y al análisis del mismo, se puede observar que los accidentes que involucran exposición a secreciones corporales y que se clasifican como accidentes por Riesgo Biológico corresponden al 100% de los reportados para el segundo trimestre.

El tipo de lesión que se presentó con mayor porcentaje de lesión fue el de trauma superficial ya que se le da una valoración que identifica la magnitud 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.

ANALISIS DE LOS INDICADORES DE GESTION PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2023

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 113 de 262

▪ **Tasa de Accidentalidad mensual para el trimestre:**

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

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

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

$$T.A = \frac{0}{725} \times 100 = 0.0\%$$

- Mayo: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentó 2 accidente en el mes

$$T.A = \frac{2}{725} \times 100 = 0.2\%$$

- Junio: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentaron 1 accidente en el mes

$$T.A = \frac{1}{725} \times 100 = 0.1\%$$

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

▪ **Índice de Frecuencia de Accidentes Laborales para el trimestre:**

Para el segundo 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

 <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 114 de 262

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:

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

$$IFAT = \frac{3}{21600} \times 240000 = 33.3\%$$

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 33.3% Accidentes Laborales en el trimestre.

- **Porcentaje de inspecciones realizadas para el trimestre**

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

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

$$\% \text{ Inspecciones realizadas} = \frac{2}{3}$$

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

- **Investigación de accidentes e incidentes laborales para el trimestre**

 <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 115 de 262

Para el segundo 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.

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

$$IAIL = \frac{3}{3} = 100\%$$

- **Ejecución del plan de trabajo en Seguridad y Salud en el Trabajo para el trimestre.**

Para el segundo trimestre se muestra el porcentaje de cumplimiento del Plan de Trabajo propuesto para la vigencia 2023 en la ESE Moreno y Clavijo.

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

$$PT = \frac{11}{15} \times 100 = 73.3\%$$

De las 15 actividades programadas para el segundo 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.

Socialización e informe de ejecución del plan de emergencias hospitalaria.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 116 de 262



GESTION EXTINTORES RED HOSPITALARIA:

El servicio de mantenimiento y recarga anual de extintores consistió en un examen completo de cada extintor evaluando cualquier daño físico o condición que evite su normal funcionamiento con el fin de dar seguridad y que los extintores operen eficientemente; además la verificación de los cartuchos y cilindros que contiene el agente expulsor o gas expelente nitrógeno o dióxido de carbono no hayan sufrido pérdida de presión o descarga por razones climáticas o terceros.

Se procedió a realizar los exámenes minuciosos de los elementos básicos de los extintores.

- Las partes mecánicas (válvula, vástagos, resorte, oring).
- Agentes de extinción (polvo químico seco, co2, nitrógeno)

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 117 de 262

- Mecanismo de impulsión (válvulas, cornetas, pistolas)
- Apariencia física y rotulación (tacho del extintor, especificaciones técnicas).
- Mangueras de extintores rodantes examinadas por daños (prensado, vulcanizados de mangueras)

Se reemplazo las tarjetas de inspección indicando la información sobre capacidad de carga, tipo y composición básica del agente extintor, etiquetas de instrucciones deterioradas o no visibles y las etiquetas de fecha de vencimiento indicando la recarga (julio 2023).

Resultado de la inspección, mantenimiento y recarga se dejó operativos los extintores para ser utilizados para ser utilizado en caso de un conato de incendio, fecha de vencimiento (julio 2024).



		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GTH-FO-004	
		CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		Versión 03	
CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/> INDUCCIÓN <input type="checkbox"/>		REINTEGRACIÓN <input type="checkbox"/> DIVULGACIÓN SIG <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?	
TEMA: Plan Hospitalario de Emergencias					
DIRIGIDO A: Personal Hospital San Jacinto Pamplona					
FECHA: 11/05/2023	LUGAR: Hospital				
HORA: 2:00 pm	EXPOSITOR: Nelson Angue Romero				
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?					
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma
1	Isabella Cruz	26169518	H.S.R.P.	CONDUCTOR	Isabella Cruz
2	Dra. Angélica Santos	116097195	H.S.R.P.	AUX. P.M.	Dra. Angélica Santos
3	Yuni Pinelo Ortega	116797187	H.S.R.P.	AUX. SINDRO	Yuni Pinelo
4	Mon. Juan Carlos Blazquez	9144473	H.S.R.P.	Rec. Edifica	Mon. Juan Carlos Blazquez
5	Janice Santos Meneses	274674498	H.S.R.P.	AUX. P.M.	Janice Santos
6	Edilma Mardones Acosta	26245378	H.S.P.P.	AUX. CAPTURA	Edilma Mardones
7	MARCELY ROS OSPINA	116739104	H.S.R.P.	AUX. ENTRENAMIENTO	MARCELY ROS OSPINA
8	Diana Marcela Galviz	116181326	H.S.R.P.	AUX. ENTRENAMIENTO	Diana Galviz
9	ASSISCHARRA GOMEZ CO.	116749462	H.S.R.P.	AUX. ENTRENAMIENTO	ASSISCHARRA GOMEZ CO.
10	Van del Carmen Ledezma	168246042	H.S.R.P.	AUX. ENTRENAMIENTO	Van del Carmen Ledezma
11	HANLEY QUINTERO BALLENA	66296193	H.S.R.P.	AUX. ENTRENAMIENTO	HANLEY QUINTERO BALLENA
12	MARLENE RODRIGUEZ SANCHEZ	6733474	H.S.R.P.	ENTRENAMIENTO	MARLENE RODRIGUEZ SANCHEZ
13	MARY YANET FERRAZ BARRA	104854644	H.S.R.P.	REPORTEO P.M.	MARY YANET FERRAZ BARRA
14	Nelson Angue Romero	102663234	H.S.R.P.	AUX. ENTRENAMIENTO	Nelson Angue Romero
15	Balkys Fabiana Salazar Pérez	68249763	H.S.R.P.	COORDINACIÓN	Balkys Salazar
DATOS DEL RESPONSABLE (S)					
Nombre: Nelson E. Angue Romero			Firma: Nelson Angue Romero		
Nombre:			Firma:		

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GTH-FO-004	
		CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		Versión 03	
CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/> INDUCCIÓN <input type="checkbox"/>		REINTEGRACIÓN <input type="checkbox"/> DIVULGACIÓN SIG <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?	
TEMA: Plan de Emergencias y Manejo de Extintores					
DIRIGIDO A: Personal Hospital San José de Guayabate					
FECHA: 25/04/2023	LUGAR: Hospital				
HORA: 4:00 pm	EXPOSITOR: Nelson Angue Romero				
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?					
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma
1	Hoyr Alejandro Castellano Quiroz	504046292	H.S.J.C.N.	Oftalmología	Hoyr A. Castellano Quiroz
2	Fabian Ballester Lopez	100867777	H.S.J.C.N.	Tendones RX	Fabian Ballester Lopez
3	Gerardo Salazar	12360733	H.S.J.C.N.	Geriatría	Gerardo Salazar
4	Nancy Cisneros Madrid	11439896	H.S.J.C.N.	Higiene Oral	Nancy Cisneros
5	Richard Moral	11438197	H.S.J.C.N.	Podología	Richard Moral
6	Jorge Alberto Molina Muñoz	1317417	H.S.J.C.N.	P.A.I.	Jorge Alberto Molina Muñoz
7	Nadema Nieves Gomez	30000288	H.S.J.C.N.	P.A.I.	Nadema Nieves Gomez
8	Sofía Rodríguez	116738077	H.S.J.C.N.	Neurólogo	Sofía Rodríguez
9	Ana Yelena Infante	116738023	H.S.J.C.N.	P.A.I.	Ana Yelena Infante
10	Joselin Sierra Espinoza	113491864	H.S.J.C.N.	P.A.I.	Joselin Sierra Espinoza
11	Yvonne Williams Williams	50020714	H.S.J.C.N.	AUX. ENTRENAMIENTO	Yvonne Williams Williams
12	Delia Carolina Compara Buitrago	4147159047	H.S.J.C.N.	AUX. ENTRENAMIENTO	Delia Carolina Compara Buitrago
13	Ronald Orozco Pardo	104246679	H.S.J.C.N.	Terapia ocupacional	Ronald Orozco Pardo
14	ANITA ISABEL SOLÍS CARRERA	1116231916	H.S.J.C.N.	COORDINACIÓN	ANITA ISABEL SOLÍS CARRERA
15	YANIS ZOLAIDA HERRERA	70020483	H.S.J.C.N.	PAUSELUBRIFICACIÓN	YANIS ZOLAIDA HERRERA
DATOS DEL RESPONSABLE (S)					
Nombre: Nelson Angue Romero			Firma: Nelson Angue Romero		
Nombre:			Firma:		

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GTH-FO-004	
		CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		Versión 03	
CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/> INDUCCIÓN <input type="checkbox"/>		REINTEGRACIÓN <input type="checkbox"/> DIVULGACIÓN SIG <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?	
TEMA: Plan de Emergencias y Manejo de Extintores					
DIRIGIDO A: Personal Hospital San Juan de Dios Perto Bonón					
FECHA: 26/04/2023	LUGAR: Hospital				
HORA: 3:00 pm	EXPOSITOR: Nelson Angue Romero				
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?					
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma
1	Jhony Colorado Martínez	41201104	H.S.J.D.	AUX. ENTRENAMIENTO	Jhony Colorado Martínez
2	Nancy Ospina Cuelma	104741524	H.S.J.D.	COORDINACIÓN P.M.	Nancy Ospina Cuelma
3	Claudia Rocío del Pizarro	68241624	H.S.J.D.	P.A.I.	Claudia Rocío del Pizarro
4	Diana Carolina Rojas Sepúlveda	114951491	H.S.J.D.	ENTRENAMIENTO	Diana Carolina Rojas Sepúlveda
5	COY GISELA HERNÁNDEZ R.	114951492	H.S.J.D.	SINA	COY GISELA HERNÁNDEZ R.
6	Milerson María Pérez	100662829	H.S.J.D.	AUX. ENTRENAMIENTO	Milerson María Pérez
7	Franco Wilmar Espinosa	114951493	H.S.J.D.	AUX. ENTRENAMIENTO	Franco Wilmar Espinosa
8	Graciela Zuley Velasco	68203601	H.S.J.D.	AUX. ENTRENAMIENTO	Graciela Zuley Velasco
9	FELISA CARRERES	10490001	H.S.J.D.	ENTRENAMIENTO	FELISA CARRERES
10	Claudio Milena Sanja M	111683409	H.S.J.D.	COORDINACIÓN	Claudio Milena Sanja M
11	ANITA ALEXANDRA GONZALEZ	102537217	H.S.J.D.	COORDINACIÓN	ANITA ALEXANDRA GONZALEZ
12	M. ANITA VILLALBA	114951494	H.S.J.D.	AUX. ENTRENAMIENTO	M. ANITA VILLALBA
13	VERONICA CEJA	10246452	H.S.J.D.	AUX. ENTRENAMIENTO	VERONICA CEJA
DATOS DEL RESPONSABLE (S)					
Nombre: Nelson Angue Romero			Firma: Nelson Angue Romero		
Nombre:			Firma:		

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GTH-FO-004	
		CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		Versión 03	
CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/> INDUCCIÓN <input type="checkbox"/>		REINTEGRACIÓN <input type="checkbox"/> DIVULGACIÓN SIG <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?	
TEMA: Plan Hospitalario de Emergencias					
DIRIGIDO A: Personal Hospital San Lorenzo de Aragua					
FECHA: 21/05/2023	LUGAR: Hospital				
HORA: 2:00 pm	EXPOSITOR: Nelson Angue Romero				
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?					
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma
1	Enedi d'André Pablos	1101333028	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Enedi d'André Pablos
2	Nancy Pérez Martínez	6002017	H.S.A.	ENTRENAMIENTO	Nancy Pérez Martínez
3	Rosmaría Isabel Jiménez Caza	59078620	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Rosmaría Isabel Jiménez Caza
4	Theressa Patricia Rodríguez	116745037	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Theressa Patricia Rodríguez
5	Pablo Jonathan Díaz Urdin	116000097	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Pablo Jonathan Díaz Urdin
6	Kelly Paola Acosta	1116503553	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Kelly Paola Acosta
7	Yohana Valencia Poteiro	10200455	H.S.A.	ENTRENAMIENTO	Yohana Valencia Poteiro
8	Diego A Casas	90169780	H.S.A.	ARMOS Y DISPOSITIVOS	Diego A Casas
9	Fabi Mercedes	1098769291	H.S.A.	PSICÓLOGA	Fabi Mercedes
10	Carla Susydel Enríquez	116746468	H.S.A.	URGENCIAS	Carla Susydel Enríquez
11	Polina Farney Ciro Rosillo	116494509	H.S.A.	COORDINACIÓN	Polina Farney Ciro Rosillo
12	Norma Pardo Arce	57370394	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Norma Pardo Arce
13	Blanca Patricia Sánchez	39210608	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Blanca Patricia Sánchez
14	Diana Alejandra Carrero	102471377	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Diana Alejandra Carrero
15	Manuel Rodríguez	68302245	H.S.A.	AUX. ENTRENAMIENTO	Manuel Rodríguez
DATOS DEL RESPONSABLE (S)					
Nombre: Nelson Angue Romero			Firma: Nelson Angue Romero		
Nombre:			Firma:		

2.8.1.2 PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL.

El Plan Estratégico de Seguridad Vial fue elaborado con el fin de que la E.S.E. DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO, transforme su cultura vial, enfatizando en el conocimiento y cumplimiento voluntario de las normas de tránsito, el

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 119 de 262

aumento de la percepción del riesgo al transitar y la corresponsabilidad al promover un uso solidario y responsable del espacio público, a través de la conciencia con inteligencia vial.

Este Plan Estratégico de Seguridad Vial se ha adecuado a lo establecido dentro del Plan Nacional de Seguridad Vial 2022 -2031, teniendo en cuenta las características de la ESE y en concordancia con el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad del Trabajo implementado en la institución.

Evaluación del Riesgo

	SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN	GSO-PR-007
	PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL PESV	Versión 02
		Página 18 de 36

+

Riesgo Vial	Conductor de Vehículo	Acción de Mejora
Intensidad del tráfico	4,8%	Mantener estándares de seguridad vial
Condiciones climatológicas	2,4%	Mantener estándares de seguridad vial
Tipo de vehículo o sus características	2,4%	Mantener estándares de seguridad vial
Estado del vehículo	31,0%	Revisión constante del estado físico del vehículo. Ejecución constante de los mantenimientos preventivos e inmediatos de los correctivos
Su propia conducción	0%	Mantener estándares de seguridad vial
Estado de la infraestructura / vía	38,1%	Conocimiento de los factores de riesgo que se encuentran en la vía. Desarrollo de la cultura de la prevención en el tráfico.
Su estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, etc.)	14,3%	Mantener estándares de seguridad vial
Falta de información o formación en seguridad vial	2,4%	Conocimiento de los factores de riesgo
Otros conductores	4,8%	Mantener estándares de seguridad vial

□

Nivel de Riesgo	
Alto	
Medio	
Bajo	

 <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 120 de 262

	SISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN	GSO-PR-007
	PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL PESV	Versión 02
		Página 20 de 37

5.2.5. Flota de Vehículos

Actualmente la ESE Moreno y Clavijo cuenta con el siguiente parte automotor para el cumplimiento de las actividades propias de la empresa

Item	Marca	Clase	Modelo	Placa	Ubicación
1	Toyota	TAB	2006	OZC867	Hospital San Antonio De Tame
2	Toyota	TAB	2005	OZC834	Hospital San Ricardo Pampuri
3	Toyota	PYP	2008	OZC903	Hospital San Juan De Dios Rondón
4	Chevrolet	Móvil	2006	OZC866	Hospital San Lorenzo De Arauquita
5	Toyota	PYP	2008	OZC905	Hospital San Lorenzo De Arauquita
6	Toyota	PYP	2008	OZC904	Hospital San Ricardo Pampuri
7	Toyota	TAB	2007	OZC893	Centro De Salud Panamá
8	Toyota	TAB	2007	OZC890	Hospital San Juan De Dios Rondón
9	Chevrolet	TAB	2007	OZC880	Hospital San Francisco De Fortul
10	Toyota	Móvil	2007	OZC891	Hospital San Francisco De Fortul
11	Toyota	TAB	2007	OZC892	Hospital San Antonio De Tame
12	Toyota	TAB	2005	OZC835	Hospital San Antonio De Tame
13	Chevrolet	TAB	2007	OZC879	Hospital San Antonio De Tame
14	Chevrolet	Móvil	2015	OEU847	Hospital San Antonio De Tame
15	Chevrolet	TAB	2013	OYX014	Hospital San Antonio De Tame
16	Chevrolet	TAB	2013	OYX015	Hospital San Lorenzo De Arauquita
17	Chevrolet	TAB	2013	OYX016	Hospital San Francisco De Fortul
18	Toyota	TAB	2013	OYX013	Hospital San Juan De Dios Rondón
19	Toyota	TAB	2013	OYX018	Hospital San José De Cravo Norte
20	Toyota	TAB	2013	ODS689	Hospital San José De Cravo Norte
21	Toyota	TAB	2013	ODS688	Hospital San Ricardo Pampuri
22	Toyota	TAB	2015	OEU828	Hospital San José De Cravo Norte
23	Toyota	TAB	2015	OEU846	Hospital San Antonio De Tame
24	Toyota	TAB	2015	OEU843	Hospital San Ricardo Pampuri
25	Toyota	TAB	2015	OEU845	Centro De Salud Pto Jordán
26	Renault	BUSETA	2021	OK2363	Sede Administrativa

Socialización e informe de ejecución del plan estratégico de seguridad vial.

Presentación PESV.



CAPACITACION PLAN DE MANTENIMIENTO Y LISTAS DE CHEQUEO



MIC MORENO & CLAVIJO		Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
FORMATOS:		FT-SST-027	
SG-SST		Página 1 de 1	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		Versión: 001	
Fecha:		14/04/23	
Actividad Realizada	Asesoría	Temas Tratados	Asesoría
Descripción	Plan Estratégico de Seguridad Vial		
Charla de seguridad			
Presencia de SST / Operativas			
Formación / Taller / Curso			
Capacitación específica al cargo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Observaciones:			
Persona responsable de la actividad	Nelson Anage Romero	Fecha	Nelson Anage Romero

MIC MORENO & CLAVIJO		Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
FORMATOS:		FT-SST-027	
SG-SST		Página 1 de 1	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		Versión: 001	
Fecha:		24/04/23	
Actividad Realizada	Torneo	Temas Tratados	Hospital
Descripción	Plan Estratégico de Seguridad Vial - PESV		
Charla de seguridad			
Presencia de SST / Operativas			
Formación / Taller / Curso			
Capacitación específica al cargo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Observaciones:			
Persona responsable de la actividad	Nelson Anage Romero	Fecha	Nelson Anage Romero

MIC MORENO & CLAVIJO		Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
FORMATOS:		FT-SST-027	
SG-SST		Página 1 de 1	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		Versión: 001	
Fecha:		11/05/23	
Actividad Realizada	Revisión	Temas Tratados	Hospital
Descripción	PESV - Plan Estratégico de Seguridad Vial		
Charla de seguridad			
Presencia de SST / Operativas			
Formación / Taller / Curso			
Capacitación específica al cargo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Observaciones:			
Persona responsable de la actividad		Fecha	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 122 de 262

Otras Actividades Desarrolladas

Durante el segundo 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 la actualización en la afiliación de los trabajadores de la empresa aseguradora de riesgos laborales ARL SURA.
- Se realiza el ingreso y retiro de afiliación del personal termino fijo y ops en la plataforma de ARL SURA.
- Se realiza el ingreso y retiro de los funcionarios del servicio social obligatorio en la plataforma de la aseguradora de riesgos laborales SURA.
- 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 segundo trimestre de 2023.
- Se realiza inspección y acompañamiento a actividades de Asesoría en protección radiológica, riesgos biológicos y riesgos ergonómicos realizada por el proveedor de servicios adscrito a SURA.
- 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.

2.8.2 GESTIÓN AFILIACIONES URL

De acuerdo a la resolución 0881 de 2021, la cual reglamenta la vinculación de los trabajadores, y se adoptan todas las obligaciones del sistema general de riesgos laborales.

 <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 123 de 262

- Dependientes: 364
- Independientes: 361

Total: 725

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO <small>N900034131 CL 15 # 11 - 36 / TAME - ARAUCA 3125307129</small>	
resumen general			
afiliados actuales		estado de empresa	totales
dependientes	364	EN MORA	Deuda \$0
Independientes	361	La fecha limite para el pago es	Saldo un favor \$0
Estudiantes	1		

2.8.3 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 124 de 262

2.9 SUBPROCESO GESTIÓN AMBIENTAL.

2.9.1 DESARROLLO.

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 supervisión 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 contrató la adquisición de insumos por un valor de 58.902.000 pesos con el contrato de compraventa N.º 002-0018-2023, suscrito el día 14 de junio 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 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

 <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 125 de 262

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.

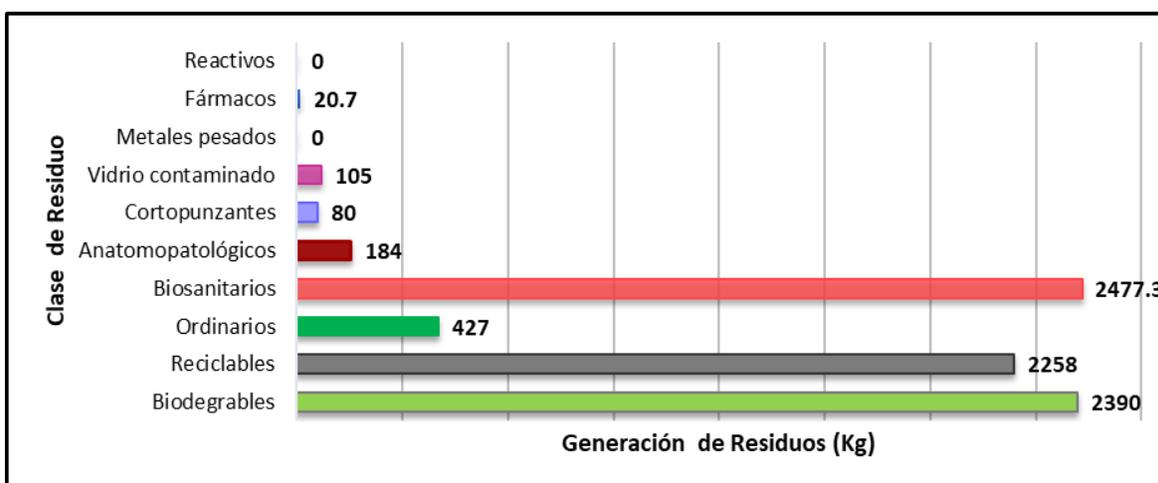
Finalmente, para este periodo se realizó acompañamiento en la respectiva visita de habilitación realizada por parte de la unidad administrativa especial de salud de Arauca (UAESA) al centro de salud de Panamá de Arauca.

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	801	553
Hospital San Antonio de Tame	771	654
Hospital San Francisco de Fortul	636	641
Hospital San Ricardo Pampuri de La Esmeralda	930	220

Hospital San Juan De Dios de Puerto Rondón	885	189
Hospital San José de Cravo Norte	333	109
Centro de Salud de Puerto Jordán	563	385
Centro de Salud de Panamá de Arauca	156	116
TOTAL, DE RESIDUOS (Kg)	5.075,0	2.867

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



2.9.2 INDICADORES DE DESTINACIÓN.

2.9.2.1 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 127 de 262

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

$$ID_I = \left(\frac{2867 \text{ kg/II trimestre año 2023}}{7942 \text{ kg/II trimestre año 2023}} \right) \times 100$$

$$ID_I = 36.1 \%$$

Donde:

ID_I: Indicador de destinación para incineración.

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

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

2.9.2.2 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.

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

$$ID_{RS} = \left(\frac{2817 \text{ kg/II trimestre año 2023}}{7942 \text{ kg/II trimestre año 2023}} \right) \times 100$$

$$ID_{RS} = 35.47 \%$$

Donde:

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

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

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 128 de 262

2.9.3 INDICADORES ESTADÍSTICOS DE ACCIDENTALIDAD.

2.9.3.1 INDICADOR DE INCIDENCIA

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

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

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

$$II = 0.46\%$$

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.

2.10 SUBPROCESO GESTIÓN SISTEMAS Y COMUNICACIONES.

2.10.1 DESARROLLO.

Realización de mantenimientos preventivos

Planeado (Plan de Mantenimiento Preventivo)	Ejecutado	% Alcanzado	Observación

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 129 de 262

68	68	100,00	Cumple
----	----	--------	--------

Realización Copias de Seguridad Computadores

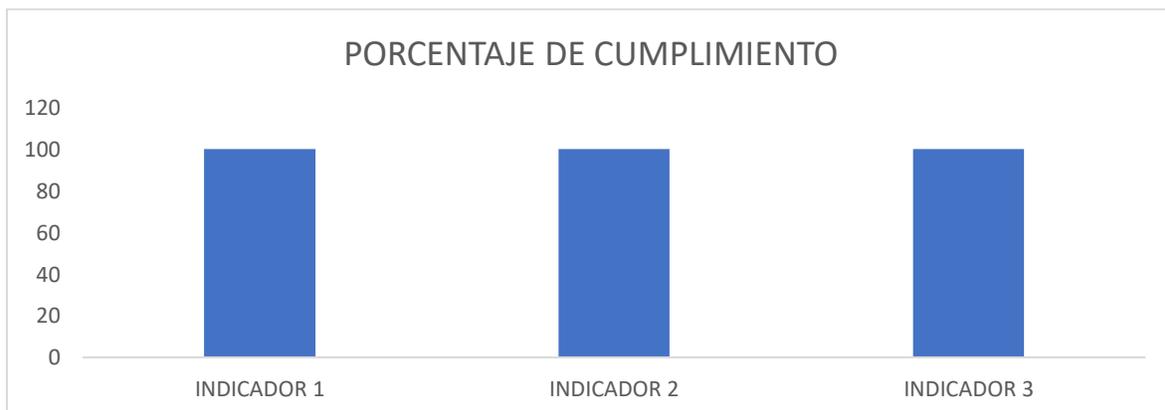
Planeado (Plan de Mantenimiento Preventivo)	Ejecutado	% Alcanzado	Observación
68	68	100,00	Cumple

Realización Copias de Seguridad Correos Electrónicos

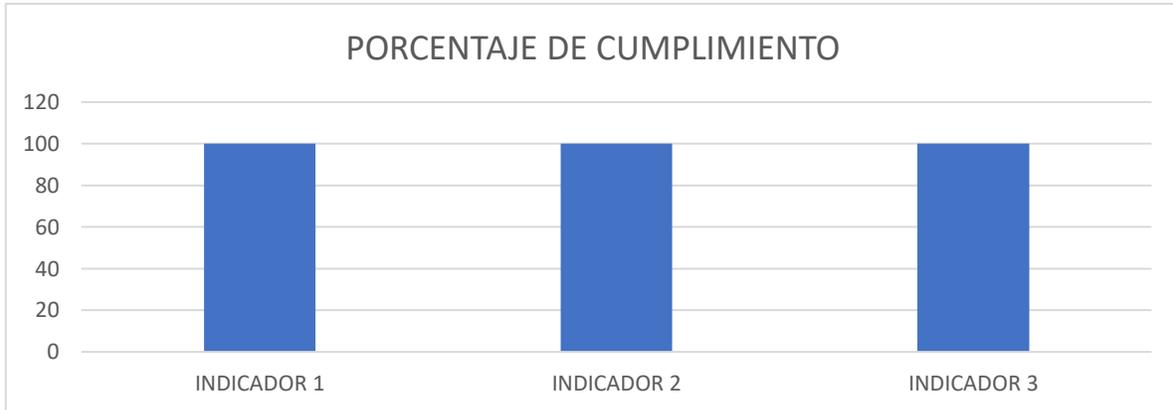
Plataforma CTA Mail	Ejecutado	% Alcanzado	Observación
100	100	100,00	Cumple

2.10.2 RESULTADOS.

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
INDICADOR 1	100
INDICADOR 2	100
INDICADOR 3	100



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 130 de 262



Conclusiones

La oficina de Sistemas y Tecnologías de la Sede administrativa ha realizado las actividades programadas para el periodo reportado lo que ha permitido la continuidad del servicio soportado en el componente informático, garantizado de esta manera a nuestros usuarios internos la realización de sus actividades diarias.

2.10.3 COPIAS DE SEGURIDAD.

Se da continuidad a las actividades de copias de copias de seguridad diaria de las bases de datos de Dinámica Gerencial, Wingerencia y Jvas de la sede administrativa, las cuales se almacenan en el servidor de la entidad y a su vez se genera una copia en un disco duro asignado exclusivamente para tal fin; así mismo se han venido realizando copias de los correos electrónicos.

2.10.4 PÁGINA WEB.

Con el objetivo de avanzar en el cumplimiento de la normatividad vigente en el área de transparencia y accesibilidad, se está montando los estudios previos que nos permitan la implementación de una aplicación web con acceso a base de datos que permita la administración de PQRS, administración de subida de información plana y de archivos requeridos según normatividad, comprobación en línea de funcionarios; lo anterior con el fin de dar cumplimiento a las exigencias del ITA y la norma NTC5854.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 131 de 262

2.10.5 ENVÍO Y VALIDACIÓN DE INFORMES.

Se presentaron los diferentes informes ante los entes de vigilancia: Res. 2175 – Ministerio de la protección social, Circular 029 – 012 Rips Extranjeros Ministerio de la protección social, Patrimonios Autónomos de la contraloría departamental, Reporte ante migración Colombia, 030 cartera ministerio de la protección social, compra y venta de medicamentos SISMED ministerio de la protección social, envío de la información del proyecto de construcción del hospital San José de Cravo Norte reportada ante el ministerio de la protección social, Pasivos y facturación radicada y recaudada de la Supersalud, Cuenta anual contraloría vigencia 2021 y decreto 2193 vigencia 2021.

Los soportes de envío están en la red de datos de la sede administrativa:

\\172.29.9.22\Informes2022\

2.11 PROCESO RECURSOS FISICOS.

2.11.1 DESARROLLO.

El área de recursos físicos dentro del desarrollo de sus actividades en el segundo trimestre se elaboran estudios de mercado (revisando cotizaciones de oferentes con sus respectivos soportes), de los cuales se hicieron de servicios (pic-papsivi), tóner, insumos de aseo y papelería; se hicieron certificaciones de precios de acuerdo a los estudios de conveniencia y oportunidad, 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 todos los 20 de cada mes se reciben las necesidades de los diferentes hospitales y centros de salud, a medida que llega la solicitud de necesidad de insumos se inicia con el despacho desde el área de almacén, donde se soporta mediante formato GAL-FO-009 firmado por quien entrega, quien lo transporta y por el director que recibe. Se deja actualizado a 30 de junio el software 360 en cuanto a entradas y salidas registradas durante el periodo. Los insumos que se despachan son de laboratorio, odontología, papelería, aseo, sistemas y comunicaciones (tintas y tóner), medicamentos, medico quirúrgicos, material de archivo, insumos de pghris, licencias de software, material de ferretería. Se evidencia 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 132 de 262

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. Si no cumple con las características antes mencionadas se hace devolución al proveedor o el no recibimiento, como aquellos que son de cadena de frío y llegan a la institución por debajo de la temperatura mínima requerida para mantener el insumo en perfectas condiciones.

Para el inicio de la actualización de inventarios se plantea un cronograma para ejecutar en cada una de las sedes adscritas a la ESE departamental Moreno y Clavijo, programados en los meses de marzo, abril y mayo. En la ejecución del cronograma se evidencia que los tiempos estipulados son muy cortos, cabe resaltar que junto a la actualización de inventarios de equipos biomédicos, también se ejecuta la actualización de todos los bienes muebles y enseres, equipos de oficina, equipos industriales de cada una de las sedes, el grupo de trabajo para el proceso de actualización cuenta con 3 líderes, el líder de recursos físicos y almacén, el ingeniero ambiental y el ingeniero biomédico, cada uno de los líderes realizan concientización y capacitaciones acordes a su área de profesión. Estos temas alargan los tiempos de ejecución para la actualización, junto al tema de orden público para el traslado a los diferentes municipios.

Se realizó inventario en el hospital san Antonio de Tame, (1513) de equipos paqueteados, hospital San José de Cravo Norte (583) activos en los servicios. Hospital san Lorenzo de Arauquita (800) equipos paqueteados, sin lograr el 100% del objetivo debido a diferentes circunstancias entre estas el paro armado, se estima continuar con la actividad en el mes de agosto; centro de salud de panamá (583) equipos paqueteados, entre estos se encontraron equipos nuevos sin utilización que habían sido inventariados en el año 2020 y que aun reposaban en sus cajas originales; centro de salud Juan de Jesús coronel de Puerto Jordán (496) equipos paqueteados, quedando un promedio 50 equipos sin adherirle su respectiva placa ya que no alcanzaron.

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:

 <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 133 de 262

- 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 004-0003 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 exigido 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 realizado el 100 % 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.

(ANEXO 1) CRONOGRAMA MANTENIMIENTO EQUIPOS BIOMEDICOS.

 <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 134 de 262

(ANEXO 2) CRONOGRAMA CALIBRACION EQUIPOS BIOMEDICOS

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2023, se lleva a cabo 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.

En el mes de junio se inicia un nuevo contrato para el mantenimiento de equipos industriales, en el cual se ha prestado intervención en cada una de las sedes de la siguiente forma: sede administrativa: aire acondicionado: 6 unidades intervenidas, hospital san Antonio Tame: aire acondicionado: 4 unidades intervenidas, hospital san francisco de Fortul: aire acondicionado: 8 unidades intervenidas neveras: 2 unidades intervenidas, hospital san juan de dios puerto rondón: aires acondicionados: 9 unidades intervenidas neveras. 1 unidad intervenida, hospital san Lorenzo de Arauquita: aires acondicionados: 10 unidades intervenidas neveras: 2 unidades; hospital san Ricardo Pampuri: aires acondicionados: 8 unidades intervenidas neveras: 2 unidades; centro de salud juan de Jesús puerto Jordán: aires acondicionados: 8 unidades intervenidas neveras: 1 unidad; hospital san José de Cravo norte: aires acondicionados: 10 unidades intervenidas neveras: 2 unidades; centro de salud de panamá: aires acondicionados: 8 unidades intervenidas neveras 2 unidades generador de 48 kva: 1 unidad

2.11.2 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

Para el segundo trimestre (abril, mayo y junio) de la vigencia 2023, se solicita a cada uno de los hospitales adscritos a la ESE Moreno y Clavijo, los informes trimestrales acordes al plan de mantenimiento, verificando la ejecución de actividades en las instalaciones de cada uno de los centros asistenciales.

Lo anterior, con el fin de conservar el estado de las infraestructuras hospitalarias, permitiendo un buen ambiente de trabajo en áreas adecuadas y creando una cultura de preservación y cuidado de las instalaciones como una actividad permanente y continua. A este documento se anexan los informes de mantenimiento de cada uno de los centros asistenciales.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 135 de 262

Ilustración 1. SOLICITUD INFORMES MANTENIMIENTO - SEGUNDO TRIMESTRE 2023.



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

2.12.1.1 PROYECTOS EN FORMULACIÓN.

- **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 cumplimiento de la vida útil de varios elementos que constituyen la infraestructura.

Ilustración 2- ESTADO ACTUAL INFRAESTRUCTURA HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL.



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 136 de 262

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 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.

El día 21 de abril del presente año, se remite a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca el proyecto con los ajustes correspondientes, para su revisión posterior viabilidad y sea remitido al Ministerio de Salud y Protección Social para los fines pertinentes.

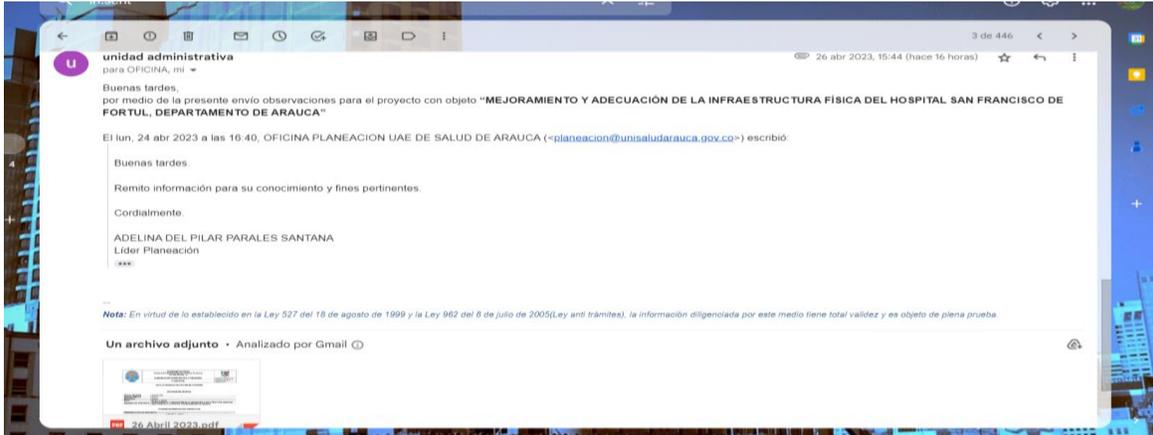
Ilustración 3. RADICACION PROYECTO FORTUL ANTE LA UAESA.



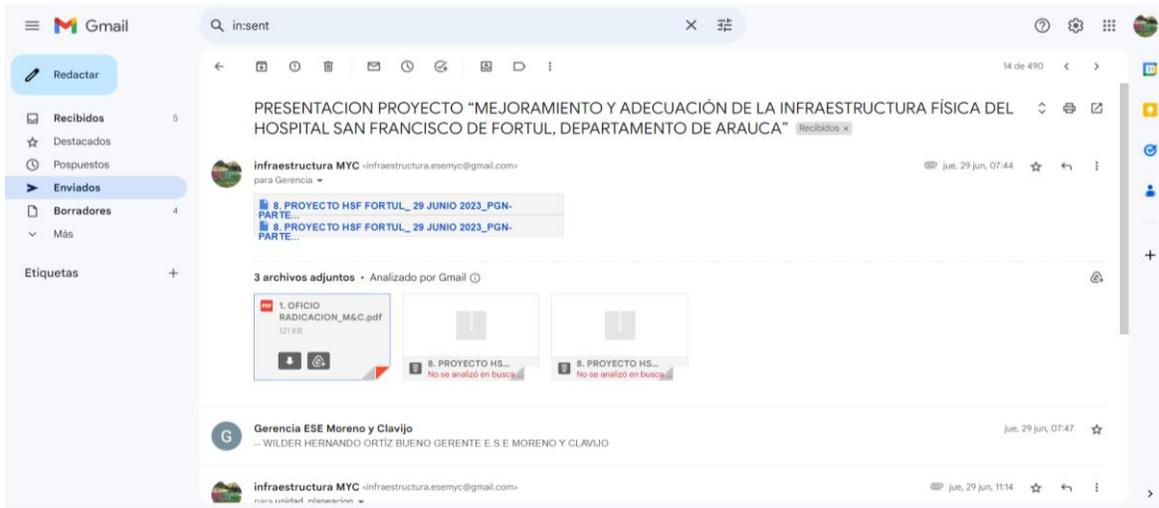
El día 26 de abril del presente año, la Unidad Administrativa Especial de Salud realiza una serie de observaciones al proyecto, por lo tanto, hacen la devolución del mismo.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 137 de 262

Ilustración 4. DEVOLUCION DE PROYECTO POR CORRECCIONES.



El día 29 de junio, se remite a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca el proyecto con los ajustes correspondientes, para su revisión posterior viabilidad. El cual fue remitido al Ministerio de Salud y Protección Social el día 19 de julio, para su posterior concepto de viabilidad.



- **Construcción y terminación de la infraestructura física del hospital san José de Cravo norte del departamento de Arauca.**

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 138 de 262

El proyecto de construcción y terminación del Hospital San José del municipio de Cravo Norte, tiene como fin dar cumplimiento a los estándares mínimos de calidad y técnicas hospitalarias que garantice su funcionalidad y operatividad en la prestación de servicios de salud, con la actividad previas necesarias para adecuación de dicho hospital, se realizará trabajos de acabados, mampostería, carpintería, obras de interiores y exteriores, aparatos sanitarios, recubrimiento en plomo e instalaciones especiales, adicionalmente se realizarán actividades referentes al suministro, dotación y equipamiento industrial, tales como aires acondicionados, demarcaciones y señalizaciones, red contra incendios, red de gases medicinales, red de voz y datos, llamado de enfermeras y sistema de digiturno.

Lo anterior, pretende la culminación de las instalaciones del hospital en construcción el cual se encuentra inconcluso, lo que ayudara en gran medida a cumplir con los estándares mínimos de calidad y técnicas hospitalarias, que ayudan a la funcionalidad y operatividad como la agilización de la prestación de servicios de salud en este municipio. En este mejoramiento se ejecutarán actividades de obra específicas de acuerdo a la necesidad de cada sector.

Ilustración 5. ESTADO ACTUAL HOPSITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE / SEGUNTA ETAPA.



Actualmente nos encontramos en la actualización de precios unitarios y cálculo de cantidades de obra.

2.12.2 CONTRATOS EN EJECUCIÓN.

- **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 E.S.E Moreno y Clavijo en el municipio de Tame, departamento de Arauca”.**

 <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 139 de 262

Este proyecto inicio el 17 de marzo de 2023 y a la fecha de reporte de este informe se encuentra suspendido debido a los bloqueos que se han presentado en el Departamento de Arauca a causa de las manifestaciones por parte de los líderes para que el Gobierno Nacional atienda la crisis invernal que se esa presentando, lo anterior afectando el suministro de materiales para el desarrollo de actividades en la obra.

El objeto 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.

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 INICIAL:	16/06/2023
SUSPENSION No. 1	6 junio 2023

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 140 de 262

	Un (01) mes
FECHA TERMINACION:	16/07/2023
PLAZO CONTRACTUAL:	3 MESES

De acuerdo a las cantidades de obra ejecutadas desde el 17 de marzo al 05 de junio del presente año, se presenta un avance de obra del 79,99%, haciendo falta por ejecutar 20,01% para completar la totalidad de las actividades establecidas en la minuta del contrato de obra.

REGISTRO FOTOGRAFICO



- ***contrato de consultoría no. 009-0001 de 2023 con objeto “consultoría para el acompañamiento en la presentación de estudios y diseños para la construcción de la nueva infraestructura física del hospital san lorenzo del municipio de Arauquita, departamento de Arauca, departamento de Arauca”.***

Este proyecto inicio el 10 de marzo de 2023 y se encuentra en ejecución, es importante mencionar que la finalidad de este contrato es realizar el acompañamiento en el proceso de estudios y diseños para la construcción de la nueva infraestructura física del Hospital San Lorenzo del Municipio de Arauquita, Departamento de Arauca.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 141 de 262

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.

CONTRATISTA:	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ARQUITECTOS REGIONAL ARAUCA
OBJETO CONTRACTUAL:	“CONSULTORIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PRESENTACIÓN DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL HOSPITAL SAN LORENZO DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.
NIT. :	834001687-1
REPRESENTANTE LEGAL:	RICARDO JAVIER ESSCALANTE NOCUA
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 50.000.000
FECHA INICIO:	10/03/2023
FECHA DE TERMINACION:	09/07/2023
PLAZO CONTRACTUAL:	4 MESES

Durante la ejecución del primer mes del contrato de consultoría se ha llevado a cabo las siguientes actividades:

1. Identificación de estudios complementarios para la aprobación de un proyecto hospitalario.
2. Revisión de la norma vigente para cada uno de los estudios requeridos para el proyecto hospitalario.
3. Acompañamiento mesas técnicas con el ministerio de salud y protección social.

 <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 142 de 262

2.12.3 HISTORIAL DIGITAL DE PROYECTOS Y ESTUDIOS PREVIOS FORMULADOS SEGÚN NECESIDADES PRESENTADAS POR LAS UNIDADES ASISTENCIALES.

Dando cumplimiento a la formación del historial digital del proceso de infraestructura, a continuación, se relacionan los documentos que componen cada proyecto, estudio previo, contratos celebrados a la fecha y demás documentos generados desde esta área.

Correspondencia:	<ul style="list-style-type: none"> • Recibida • Enviada
Formulación proyectos:	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción y terminación de la infraestructura física del hospital San José de Cravo Norte del Departamento de Arauca. • Mejoramiento y adecuación de la infraestructura física del hospital San Francisco de Fortul, Departamento de Arauca. • Mejoramiento y adecuación de los puestos de salud de la red asistencial de la ESE Moreno y Clavijo del Departamento de Arauca: <ul style="list-style-type: none"> Puestos de salud el Oasis. Puestos de salud La Paz. Puestos de salud la Pesquera. Puestos de salud Aguachica. Puesto de salud vereda el Salem. Puesto de salud vereda Caranal. Puesto de salud vereda el Cusay - la Colorada. Puesto de salud vereda Caracoles. Puesto de salud vereda la Veinte. Puestos de salud la Horqueta. Puestos de salud Betoyes. Puestos de salud las Malvinas. Puestos de salud Puerto Miranda. Puestos de salud Puerto Nidia. Puestos de salud Alto Cauca. Puestos de salud Filipinas. Puestos de salud Camame.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 143 de 262

Contratos de Obra y Consultoría	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ESE MORENO YCLAVIJO EN LE MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA”. • Contrato de Consultoría No. 009-0001 de 2023. CONSULTORIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PRESENTACIÓN DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL HOSPITAL SAN LORENZO DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA”. • Contrato de Consultoría No. 009-0003 de 2023. Con objeto: “SERVICIO DE CONSULTORIA PARA REALIZAR LOS ESTUDIO Y DISEÑOS PARA LOS PROYECTOS DE REPOSISION DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EL OASIS, PARAISO, LA PAZ, PUERTO NIDIA, LA ORQUETA, FILIPINAS Y CARANAL DE LOS MUNICIPIOS DE ARAQUITA, FORTUL Y TAME, DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.
Liquidación de contratos	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de Obra No. 01 de 2015. Con objeto “CONSTRUCCION DEL NUEVO HOSPITAL DE SAN JOSE DEL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE”.
Planos Hospitales en DWG:	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Antiguo San Antonio – TAME. • Hospital Nuevo San Antonio – TAME. • Hospital San Francisco – FORTUL. • Hospital San José – CRAVO NORTE. • Hospital San Lorenzo – ARAUQUITA. • Hospital San Juan de Dios – PUERTO RONDON. • Sede Administrativa – TAME • Levantamiento topográfico puestos de salud.

2.12.4 RESULTADOS.

Se logra avanzar en la actualización del software 360 en cuanto a entradas y salidas, hasta el mes de junio; quedando por actualizar los procedimientos que corresponden al área de almacén, mejorar el ordenamiento de cada paquete (documentación), entregar

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 144 de 262

oportunamente los pedidos con su respectiva relación para firma de cada director que recibe, actualizar el plan anual de adquisiciones con sus respectivos ajustes.

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.

2.12.5 ANEXOS.

ANEXO 1: Cronograma Mantenimiento Equipos Biomédicos

		SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD												GMT-FO-010																																			
		CRONOGRAMA MANTENIMIENTO EQUIPOS BIOMÉDICOS												Versión 02																																			
AÑO	2023	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
HOSPITAL		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL PUERTO JORDAN																																																	
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE																																																	
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI																																																	
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON																																																	
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA																																																	
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL																																																	
CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA																																																	
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME																																																	

Anexo 2: Cronograma Calibración Equipos Biomédicos

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 146 de 262

- Bancos terminológicos de tipos series y sub-series documentales.
 - Se le ha dado continuidad a la elaboración de los inventarios documentales de las vigencias 2012- 2013 correspondiente a la contratación de la oficina Jurídica.

- Se realizaron actividades de clasificación, organización y descripción en el archivo central, de los actos administrativos de las vigencias 2005 a 2022.

- Se realizó capacitación al personal de la oficina de Talento Humano en cuanto a la organización y conservación de las Historias Laborales.

- Se realizó visita y acompañamiento a la oficina de Tesorería, Control Interno, unidad de correspondencia, archivo central, Hospital San Lorenzo, Hospital San Antonio.

- Se realizó trazabilidad a la correspondencia tanto interna como externa que llega a la entidad por los diferentes medios tanto físicos como electrónicos, en cumplimiento del formato GDO-GA-001 Guía para la organización del archivo de gestión.

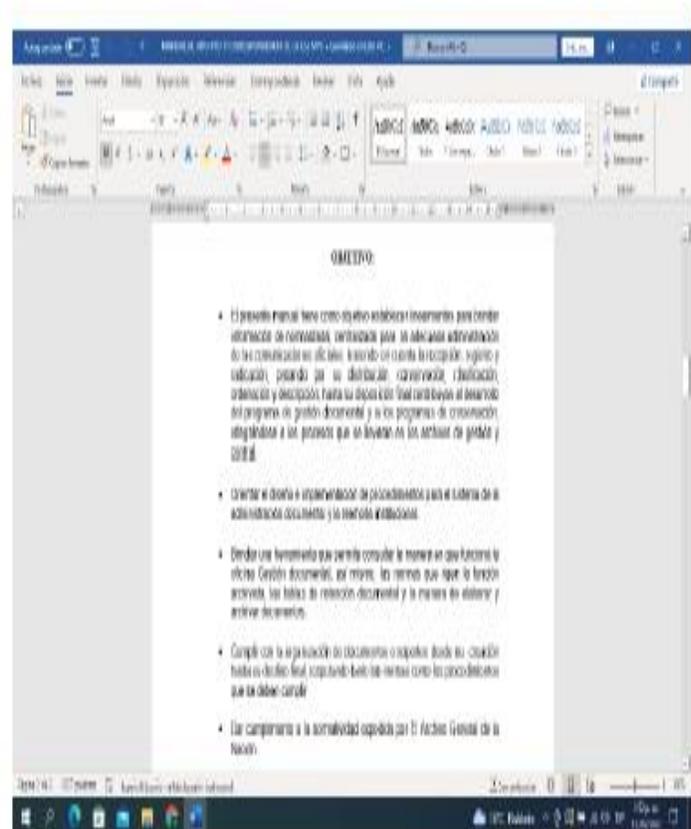
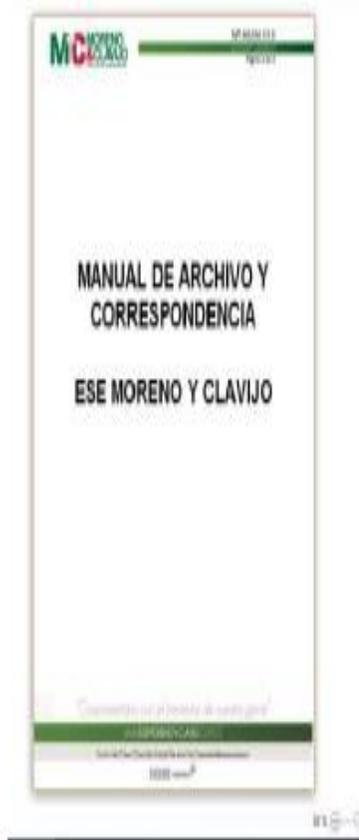
Se cumplió con entrega de informe de las vigencias 2020 – 2023 a la Gobernación de Arauca y Archivo General de la Nación.

- Se realizaron actividad y almacenamiento y realmacenamiento, en cumplimiento del formato GDO-FO-0041.

- Se realizaron actividades de prevención en caso de inundación y sistema eléctrico- formato GD3-FO-0043.

 <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 147 de 262

2.13.2 EVIDENCIA AVANCE ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA.



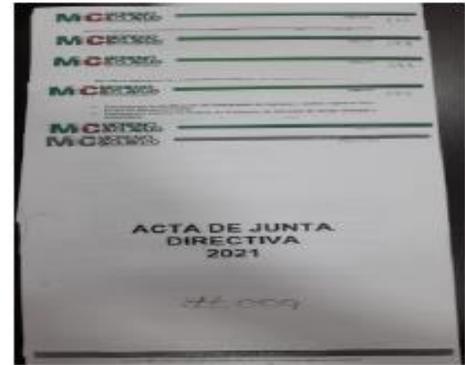
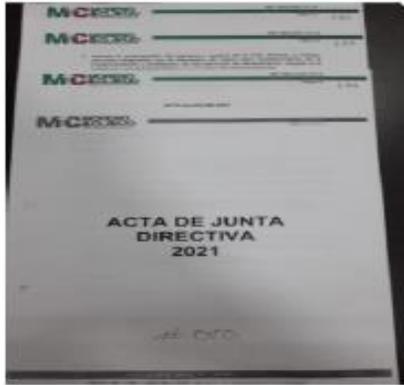
2.13.3 SEGUIMIENTOS REALIZADOS EN LOS PERIODOS ESTABLECIDOS:

A la fecha se les ha hecho seguimiento y control a las actas de Junta Directiva y actos administrativos (resoluciones), disponibles de forma física en la oficina de Gerencia y Digital en el computador de la oficina de Correspondencia.

Así mismo al archivo de gestión de la oficina de Gerencia, Historias Laborales de la oficina de Talento Humano y Contratación de oficina Jurídica, se adjunta pantallazos.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 148 de 262

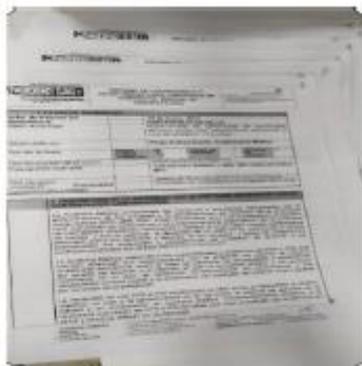
2.13.4 ARCHIVO DE GESTIÓN DE OFICINA DE GERENCIA:



Historias Laborales:



Jurídica:



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 149 de 262

Durante este periodo, se avanzó en la acomodación del archivo central, del cual se requiere realizar todos los procedimientos de clasificación, organización y descripción, organizando la contratación en salud desde la vigencia 2012-2013. Información física disponible de verificación con la Sra. María Luisa

Se le brindo asistencia, orientación y se le compartió el Manual de Historias Clínicas a Panamá, Cravo Norte y Puerto Jordán. Esto con el fin de organización y garantizar la conservación de las historias clínicas, adjunto soportes.

2.13.5 DILIGENCIAMIENTO DE FUID EN CADA UNO DE LOS MUNICIPIOS Y SEDE CENTRAL, CORRESPONDIENTE AL ARCHIVO DE GESTIÓN.

En la actualidad se elaboró el inventario documental de oficina jurídica de las vigencias 2020 el cual adjunto y se avanzó en las vigencias 2012- 2013, disponible en el computador de la oficina de Gestión Documental con la Sra. María Luisa.

Con el ánimo de evitar la pérdida de información en cuanto a las historias clínicas y así mismo facilitar y agilizar la búsqueda, en cada uno de los hospitales se encuentra el inventario documental de las Historias Clínicas, donde se registra el nombre e identificación de cada uno de los usuarios. Información disponible en cada unidad asistencial.

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 segundo 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.

 <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 150 de 262

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.

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

 <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 151 de 262

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 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.

 <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 152 de 262

- ✓ Atender de manera oportuna las PQRSDF.
- ✓ Registrar y analizar el comportamiento de las PQRSDF.
- ✓ Medir la satisfacción del usuario.

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

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 153 de 262

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 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(Araucuita), 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.

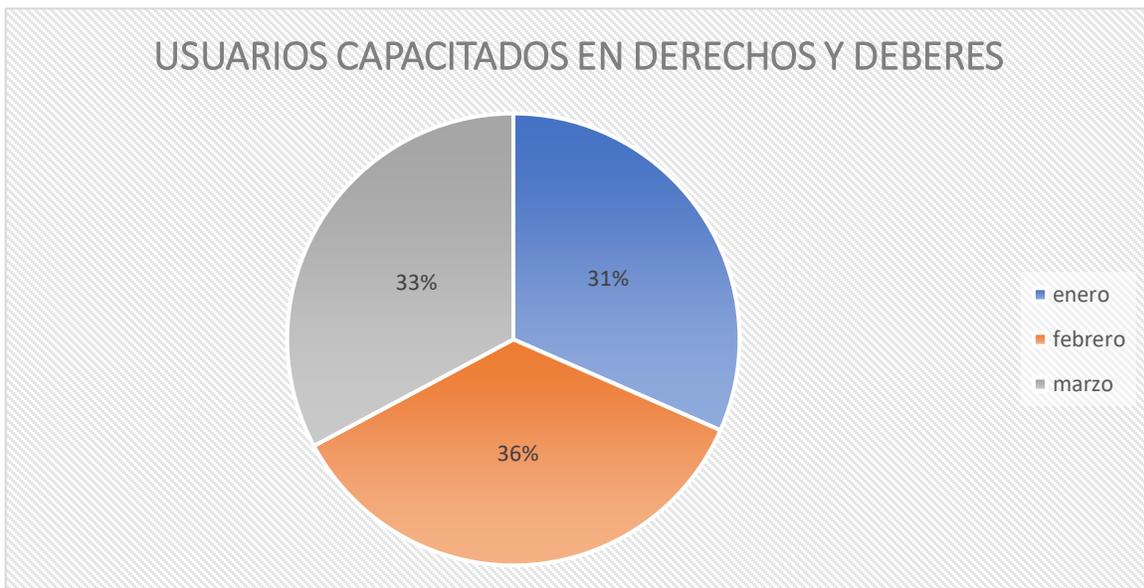
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 154 de 262

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 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 155 de 262

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”*

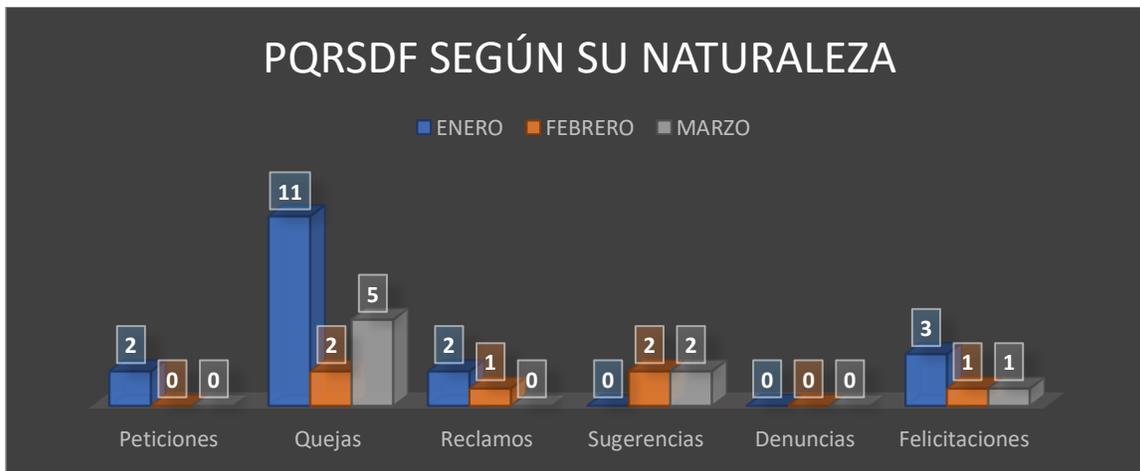
El indicador establecido para la medición de la Proporción de Quejas resueltas antes de 15 días es el “PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS”, el cual establece el número de días promedio transcurridos entre la radicación de la PQRSDf, la Gestión y Respuesta. Se trata de un indicador que se 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%

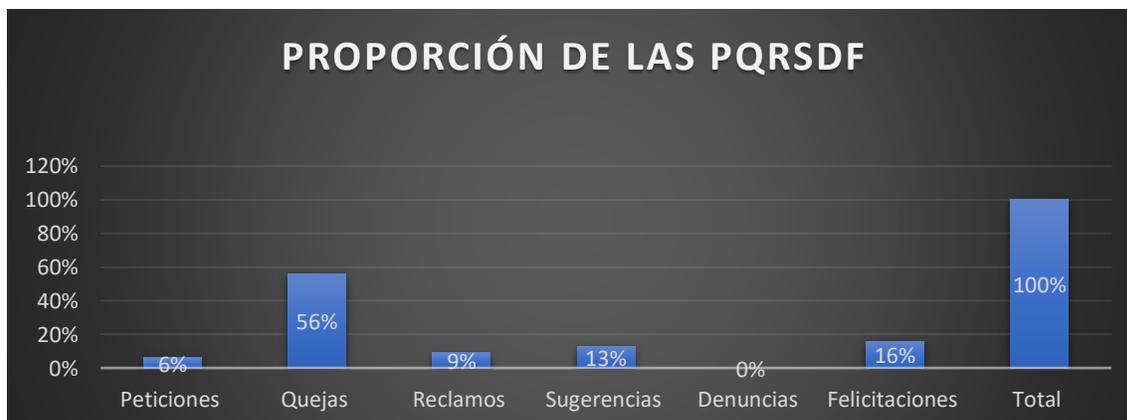
QUEJAS	11	2	5	18	56%
RECLAMOS	2	1	0	3	9%
SUGERENCIAS	0	2	2	4	13%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0%
FELICITACIONES	3	1	1	5	16%
TOTAL	18	6	23	32	100%

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:



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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 157 de 262

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			

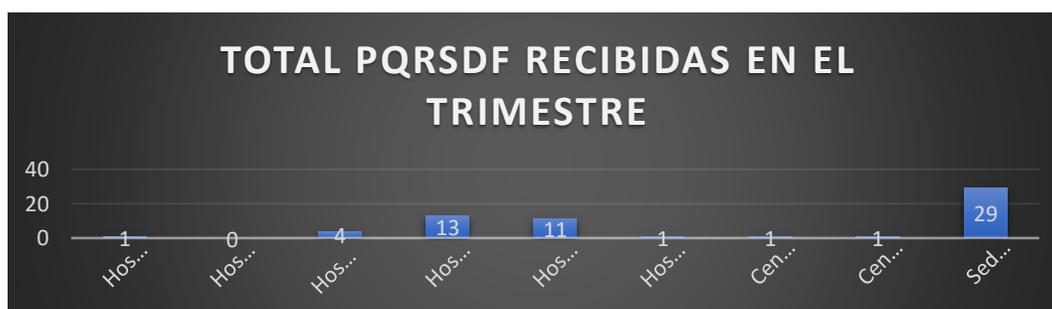
Según su naturaleza:

SEDE	P	Q	R	S	D	F	TOTAL
ARAUQUITA	0	1	0	0	0	0	1

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 158 de 262

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 tramite 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

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:

 <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 159 de 262



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 F 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 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 160 de 262

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.

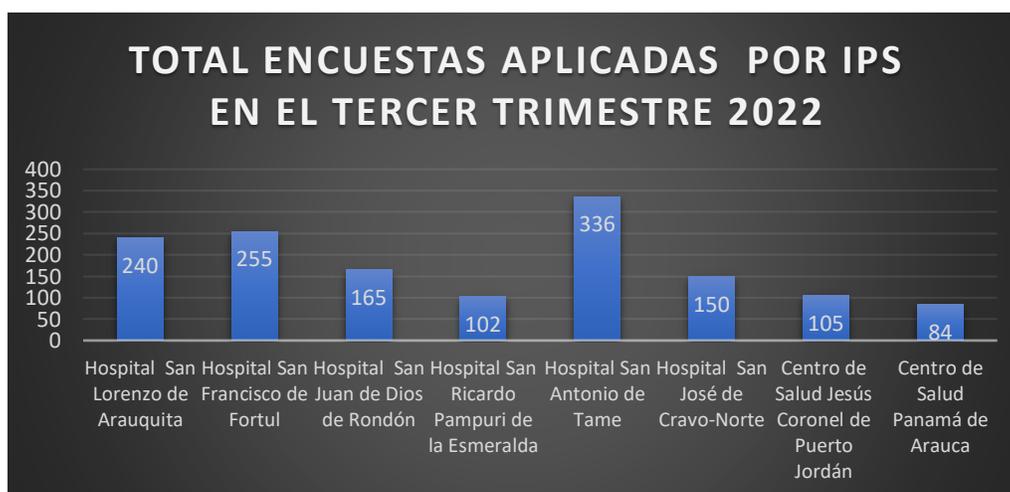
NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS POR CADA IPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A MARZO DE 2023.

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.

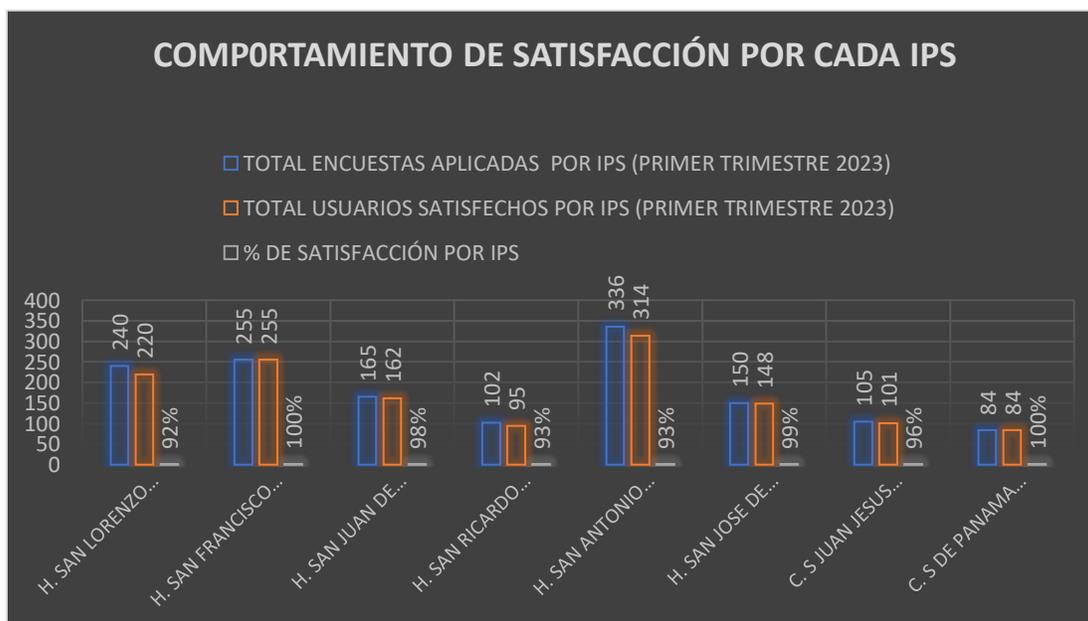
Durante el (1) trimestre del 2023 se aplicaron en total de 1.437 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 240 en el Hospital San Lorenzo de Arauquita, 255 en el Hospital San Francisco de Fortul, 165 en el Hospital San Juan de Dios de Rondón, 102 en el Hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, 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 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:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 163 de 262

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.

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

 <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 164 de 262

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 165 de 262

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

La información referida es tomada de los indicadores evaluativos de cada una de las EPS, RIPS, reporte de informes del software salud 360, registros diarios. Se resalta la vigilancia continua que se hace con los indicadores trazadores para cada una de las EPS, ya que estos generan un mayor porcentaje para los pagos y/o descuentos de los cumplimientos realizados.

Los porcentajes establecidos para cada uno de los programas establecidos a través de la resolución 3280 de 2018, se encuentran:

Tablero	Programa o estrategia	# Indicador	Tipo indicador		Aplica Descuentos		Peso evaluación	
			Evaluativ	Informati	SI	No	Punto	%
RPYMS	DT Cérvix	21	15	6	4	17	155	12.1%
RPYMS	Vacunación	82	10	72	5	77	145	11.3%
RPYMS	Cardiometabolico	10	10		3	7	135	10.5%
RPYMS	SSR	39	15	24	9	30	125	9.7%
RPYMS	DT Mama	9	5	4	2	7	115	8.9%
RPYMS	Salud Nutricional	18	16	2	6	12	95	7.4%
RPYMS	DT Próstata	10	9	1	2	8	80	6.2%
RPYMS	Salud Oral	19	7	12	5	14	75	5.8%
RPYMS	Adolescencia	5	4	1	2	3	50	3.9%
RPYMS	Primera Infancia	9	7	2	2	7	45	3.5%
RPYMS	Administrativo	3	3			3	35	2.7%
RPYMS	Demanda Inducida	15	2	13		15	30	2.3%
RPYMS	DT Colon Y Recto	8	4	4	2	6	30	2.3%
RPYMS	Infancia	5	4	1	2	3	30	2.3%
RPYMS	Adultez	2	2		1	1	25	1.9%
RPYMS	Juventud	2	2		1	1	25	1.9%
RPYMS	Vejez	6	2	4	1	5	25	1.9%
RPYMS	RMP - Preconcepcional	15	4	11	1	14	20	1.6%
RPYMS	Salud Auditiva	4	3	1		4	20	1.6%
RPYMS	Salud Visual	2	2			2	15	1.2%
RPYMS	Lactancia Materna	3	1	2	1	2	10	0.8%
RPYMS	Salud Mental	1		1		1	0	0.0%
SUBTOTAL RPYMS		288	127	161	49	239	1,285	78.35%

SUBTOTAL RPYMS		288	127	161	49	239	1,285	78.35%
SP Y OTROS PROCESOS	Desnutrición menores 5 años	14	10	4	4	10	60	16.9%
SP Y OTROS PROCESOS	Victimas Conflicto Armado	8	7	1		8	60	16.9%
SP Y OTROS PROCESOS	Tuberculosis	4	4			4	50	14.1%
SP Y OTROS PROCESOS	Modelo Gestion Extramural	5	2	3		5	45	12.7%
SP Y OTROS PROCESOS	Administrativo	3	3			3	30	8.5%
SP Y OTROS PROCESOS	Ranking INS	6	6			6	30	8.5%
SP Y OTROS PROCESOS	SSR	12	4	8		12	20	5.6%
SP Y OTROS PROCESOS	Violencia	4	3	1		4	20	5.6%
SP Y OTROS PROCESOS	Salud Mental	5	2	3		5	10	2.8%
SP Y OTROS PROCESOS	Leishmaniasis	1	1			1	5	1.4%
SP Y OTROS PROCESOS	Lepra	1	1			1	5	1.4%
SP Y OTROS PROCESOS	Malaria	1	1			1	5	1.4%
SP Y OTROS PROCESOS	Primera Infancia	6	1	5	1	5	5	1.4%
SP Y OTROS PROCESOS	Salud Nutricional	10	1	9		10	5	1.4%
SP Y OTROS PROCESOS	Salud Visual	3	1	2	1	2	5	1.4%
SP Y OTROS PROCESOS	Cardiometabolico	10		10		10	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	DT Cérvix	1		1		1	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	DT Colon Y Recto	1		1		1	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	DT Mama	1		1		1	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	DT Próstata	1		1		1	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	Morbilidad trazadora	15		15		15	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	Mortalidad Evitable	7		7		7	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	Salud Auditiva	3		3		3	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	Salud Oral	6		6		6	0	0%
SP Y OTROS PROCESOS	Vejez	4		4		4	0	0%
SUBTOTAL SP Y OTROS PROCESOS		132	47	85	6	126	355	2.2%
Total general		420	174	246	55	365	1,640	100%

➤ **ESTADO ACTUAL DE CONTRATOS CON LAS ERA EN PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

Con corte a 30 de junio 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 EPS 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 167 de 262

se debe realizar la activación de la ruta, para que la EPS 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:

ENTIDAD	ARAUQUITA	CRAVO NORTE	FORTUL	PUERTO RONDÓN	TAME	TOTAL
NUEVA EPS	25144	336	14648	438	26207	66.773
SANITAS SUBSIDIADO	8204	2698	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	NUEVA EPS SUBSIDIADO					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
	71.9%	71.3%	73%	74.3%	74%	75.4%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
	84.8%	80.5%	85.2%	84.4%	82.9%	86.8%
	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
	81.5%	71.4%	82.3%	84%	84%	88.3%
	Deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	71.5%	73.9%	82.1%	82%	76.4%	83.6%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente	Muy deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	69.1%	74.3%	79.4%	79.2%	84.2%	83.1%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 168 de 262

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 Arauquita con un cumplimiento del 88.3%. El único municipio que presenta indicador por debajo del 83% es el municipio de Tame con un 75.4% encontrándose en calificación muy deficiente. El segundo municipio con cumplimiento de indicadores es Fortul con un 86.8%. Se resalta el trabajo que han venido desempeñando los hospitales para dar cumplimiento a las metas establecidas por esta EPS. Pese a que Tame no tiene cumplimiento por encima del 83% se debe resaltar que con respecto al primer trimestre evaluado incremento su porcentaje en un 2.4%.

Dentro de las acciones de mejora establecidas para las dos IPS que conforman el cumplimiento de metas del municipio de Tame que son Centro de Salud Juan de Jesús Coronel y Hospital San Antonio de Tame se encuentra la contratación de un médico que este fijo para los programas de PyM y consulta externa, incrementar las acciones de demanda inducida efectiva para los programas de PyM, verificar listados de atención de meses anteriores para dar cumplimiento a indicadores como son citologías, odontología, primera infancia, infancia, etc que se cumplen con periodicidades exactas, cargar nuevamente todos los RIPS de las vigencias 2021,2022 y lo corrido del año 2023 para que se arrastre información en el software que no se haya reportado y mejorar el cumplimiento de los indicadores evaluados.

➤ CUMPLIMIENTO METAS DE PYM SANITAS

HOSPITALES	SANITAS SUBSIDIADO					
	ENERO Indicador IPS	FEBRERO Indicador IPS	MARZO Indicador IPS	ABRIL Indicador IPS	MAYO Indicador IPS	JUNIO Indicador IPS
HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	57.2%	54.4%	59.6%	64.7%	68.3%	70.7%
	No aceptable	No aceptable	No aceptable	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	66.7%	61.9%	65.3%	73.1%	73.9%	78.6%
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	71%	62.8%	66.6%	71.8%	76.8%	79%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	55.1%	58.1%	64.8%	72.3%	75.8%	77.5%
	No aceptable	No aceptable	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 169 de 262

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS 66.7%	Indicador IPS 63.5%	Indicador IPS 66.1%	Indicador IPS 67.6%	Indicador IPS 70.2%	Indicador IPS 73.8%
	Muy deficiente					

En esta EPS los indicadores en todos los municipios se encuentran en muy deficientes con porcentajes de cumplimiento mayores al 73% a excepción del municipio de Tame que para el mes de junio presenta un cumplimiento del 70.7%. El municipio que se encuentra ocupando el primer lugar es Arauquita con un cumplimiento del 79%, el segundo puesto lo ocupa el municipio de Fortul con un 78.6%. De manera global también se observa una mejora en todos los municipios con respecto al cumplimiento presentado en el primer trimestre de la vigencia, es de resaltar el trabajo que realizó el municipio de Tame que de una calificación del 59.6% en el mes de marzo, paso a un 70.7% observando un incremento del 11.1% en las metas establecidas

➤ **COMPORTAMIENTO CAPTACION DE GESTANTES SEGUNDO TRIMESTRE 2023**

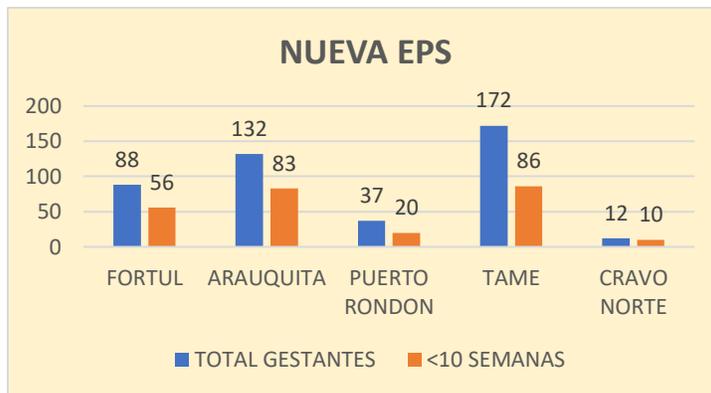
De acuerdo a la normatividad vigente, la captación de las mujeres gestantes debe darse en el primer trimestre del embarazo antes de las 10 semanas de gestación para disminuir el riesgo de presentarse una morbilidad materna extrema y dar cumplimiento a la resolución 3280 de 2018.

El cumplimiento de esta captación por parte de la red hospitalaria en el segundo trimestre de la vigencia 2023 fue:

MUNICIPIOS	TOTAL, GESTANTES	<10 SEMANAS
FORTUL	88	56
ARAUQUITA	132	83
PUERTO RONDON	37	20
TAME	172	86
CRAVO NORTE	12	10
TOTALES	441	255

El total de gestantes que ingresaron a la ruta materno perinatal durante el segundo trimestre de la gestación fueron 441 gestantes de las cuales 255 gestantes cumplen su criterio de ingreso a la ruta antes de las 10 semanas de gestación.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 170 de 262



El municipio que presentó mayor cantidad de gestantes ingresadas a la ruta materna, fue Tame con 172 gestantes, de las cuales 86 de las gestantes cumplen con el criterio de ingreso antes de las 10 semanas de gestación, teniendo un cumplimiento de la captación temprana del 50%, no cumpliendo con el indicador que debe tener un porcentaje igual o mayor del 85%. En segundo lugar, se encuentra el municipio de Arauquita con 132 gestantes ingresadas de las cuales 83 gestantes cumplen con el criterio de captación temprana, logrando un cumplimiento del 62.8%. En tercer lugar, se encuentra el municipio de Fortul con 88 gestantes nuevas ingresadas al programa, de las cuales 56 cumplen con el criterio de captación temprana, con un cumplimiento del 63.6%.

El único municipio que cumple con el criterio de captación temprana de las gestantes a la ruta materno perinatal es Cravo Norte, que durante el segundo trimestre presentó un ingreso de 12 gestantes nuevas a la ruta de las cuales 10 gestantes fueron captadas tempranamente antes de las 10 semanas de gestación, para un cumplimiento del indicador del 83.33% acercándose a la meta establecida que es del 85%.

El cumplimiento de este indicador de manera global para la red hospitalaria de la ESE se encuentra en un 58%, dentro del plan de mejora está el trabajo mancomunado con los líderes que conforman las juntas comunales para que la comunidad haga uso del ingreso temprano a la ruta materno perinatal; las capacitaciones en los espacios radiales establecidos por parte de los profesionales de cada uno de los hospitales, la demanda inducida efectiva, entre otros.

➤ **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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 171 de 262

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.

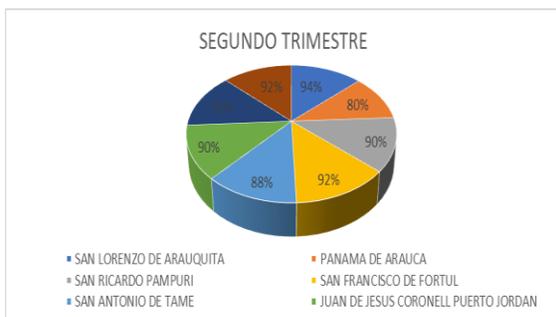
En la red hospitalaria se tomó una muestra aleatoria de ciento veinte (120) historias clínicas durante el primer trimestre de la vigencia 2023, evaluando mensualmente cinco historias clínicas por IPS con usuarios que presentaron diagnósticos positivos para Hipertensión Arterial y usuarios que asistieron 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 segundo trimestre del año 2023 en la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo fue el siguiente:

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	
IPS	SEGUNDO TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	94%
PANAMA DE ARAUCA	80%
SAN RICARDO PAMPURI	90%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	92%
SAN ANTONIO DE TAME	88%
JUAN DE JESUS CORONELL PUERTO JORDAN	90%
SAN JOSE CRAVO NORTE	95%
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	92%

Gráficamente podemos observar:



Se observa aun falencias en el diligenciamiento completo de la historia clínica, por parte del personal médico, pero con respecto al trimestre anterior se observan mejoras en varios campos y en la parte de educación.

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

Se incremento el porcentaje a nivel global de la ESE con respecto al primer trimestre quedando con un cumplimiento del 90% en la adherencia a la guía de manejo de hipertensión arterial en toda la red hospitalaria.

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

Durante el segundo 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:

GUIA CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
IPS	SEGUNDO TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	93%
PANAMA DE ARAUCA	94%
SAN RICARDO PAMPURI	92%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	96%
SAN ANTONIO DE TAME	92%
JUAN DE JESUS CORONELL PUERTO JORDAN	90%
SAN JOSE CRAVO NORTE	92%
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	86%

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 86% presentando mejora con respecto al indicador del primer trimestre.

Dentro de las falencias encontradas para el cumplimiento y adherencia a la guía se observa la alta rotación del personal médico.

El cumplimiento global para el segundo trimestre de la vigencia 2023 para la guía de Crecimiento y Desarrollo fue del 92% incrementando 4% con respecto al primer trimestre de la vigencia evaluada

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 173 de 262

➤ **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.
- 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 veintidós puestos de salud y auxiliares contratadas para realizar esta actividad.
- Seguimiento permanente a los inasistentes 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
 - 🚦 Teleconsulta
 - 🚦 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 contrareferencia en cada una de las zonas rurales a través de la comunicación fluida que hay entre los líderes en salud y los mecanismos de:

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 174 de 262

- ✓ 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

TALENTO HUMANO PYM								
HOSPITALES	MEDICOS	JEFES	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ODONTOLOGO	HIGIENISTAS	AUXILIARES DE ODONTOLOGIA	CITOHISTOLOGA	BACTRIOLOGOS
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 EPS 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 2 médicos, 1 enfermera, y 1 auxiliar de enfermería. Así mismo hace falta dotación de herramientas tecnológicas (equipos de cómputo, scanner, impresoras, fotocopiadoras) en cada una de las áreas de PyM.

Es importante indicar que con la contratación de los 15 equipos básicos contratados por la ESE hubo un acompañamiento en la captación de usuarios para llevar a cabo demanda inducida que fue efectiva en los municipios de Cravo Norte, Puerto Rondón, Fortul y Arauquita.

3.1 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 175 de 262

meníngea, hepatitis A y B, neumococo, Haemophilus influenzae 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.

✓ 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.

 <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 176 de 262

✓ 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.

La cobertura mensual a alcanzar por mes es de 47.4 % al mes de JUNIO 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 MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 5 años	META MENSUAL	META CUMPLIDA
ARAUQUITA	1001	500,5	425	1014	507	505	976	488	448
CRAVO NORTE	87	43,5	40	88	44	35	85	42,5	42
FORTUL	426	213	190	430	215	196	413	206,5	230
PUERTO RONDON	93	46,5	36	89	44,5	47	85	42,5	42
TAME	1019	509,5	448	1058	529	542	1015	507,5	502

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.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 177 de 262

Los niños menores de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud quedando con un 86.5% faltando un 13.5% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios sería de 174 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 98.8% faltando un 1.2% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios sería de 15 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 98.2% faltando un 1.8% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios sería de 23 usuarios pendientes.

POBLACION FALTANTE PARA CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2023

MUNICIPIO	POB. < 1 AÑO	POB. 1 año	POB. 5 años	TOTAL
ARAUQUITA	75,5	2	40	117,5
CRAVO NORTE	3,5	9	0,5	13
FORTUL	23	19	0	42
PUERTO RONDON	10,5	0	0,5	11
TAME	61,5	0	5,5	67
TOTAL	174	30	46,5	250,5

Resultados: esta tabla hace referencia a los usuarios que refieren nos falta para dar cumplimiento por lo establecido por la meta programática 94.6 % faltando un 5.4% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios sería de 212 usuarios pendientes.

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 178 de 262

TAME	JUNIO
META	COBERTURA ALCANZADA
BCG < 1año Única	31,6
VOP< 1año 3ra	43,4
DPT< 1año 3ra	43,7
2da NEUMOCOCO	43,9
2da ROTAVIRUS	42,3
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	43,8
HEPATITIS A	50,7
VOP 1 RF 18 MESES	45,0
DPT 1 RF 18 MESES	45,0
VOP 2 RF 5 AÑOS	46,7
DPT 2 RF 5 AÑOS	46,6
SRP(TV) 2 RF 5 AÑOS	45,6

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de junio son del 44 %, para este segundo trimestre la meta programática es del 47.4% motivo por el cual no cumplió el segundo trimestre faltando el 3.4 % de la población, se realiza una observación con las dosis de recién nacidos y es que la población femenina en el municipio de Tame se ha venido realizando durante todos los meses cirugías de pomeyoy disminuyendo la natalidad de la población.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	37.6	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	44	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	52.4	SI

Niños y niñas de los 18 meses:

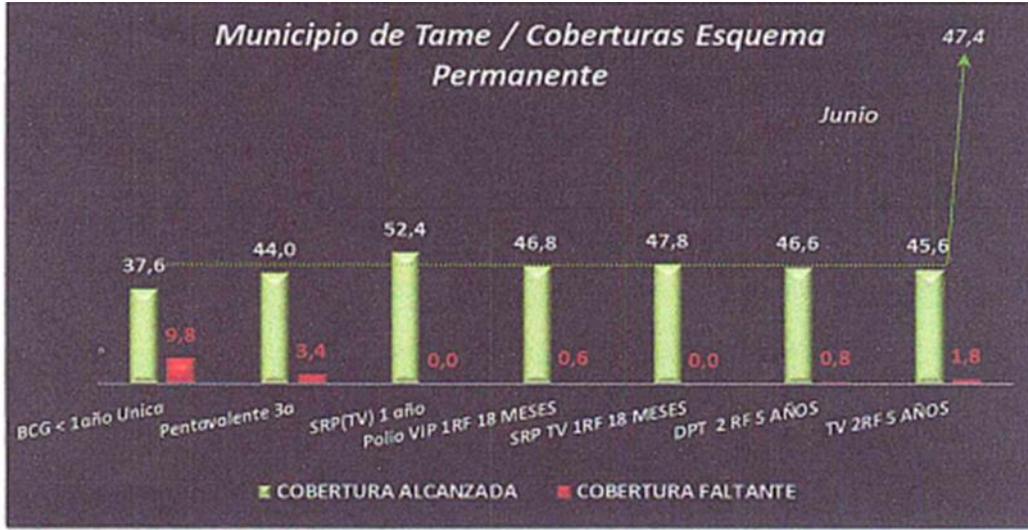
INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	46.8	NO
TRIPLE VIRAL		NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	46.4	NO
TRIPLE VIRAL	45.6	NO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 179 de 262

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de junio 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 segundos reforzados 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 47.4, con corte al 30 de Junio del 2023 fue del 44 % quedando como cobertura faltante un 3.4%.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	1,357	2,983	45.4%	90%	No aceptable
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	320	456	70.1%	90%	Muy deficiente
Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	347	517	67.1%	90%	Muy deficiente
Cobertura de vacunación en menores de 60 a 71 meses (5 años)	376	535	70.2%	90%	Muy deficiente

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 180 de 262

Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	1,056	1,929	54.7%	30%	Optimo
Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	1,208	6,809	17.7%	25%	Muy deficiente
Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	34	62	54.8%	90%	Muy deficiente
Cobertura de vacunación en adultos	149	3,167	4.7%	20%	No aceptable
Cobertura de aplicación de Influenza en Población con Fibrosis Quística	0	0	0%	95%	No aplica
Cobertura de aplicación de Influenza en Población con Hipertensión Arterial	92	1,673	5.4%	95%	No aceptable
Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más	3,631	5,668	64%	70%	Deficiente
Cobertura vacunación COVID en población general	10,612	23,833	44.5%	50%	Deficiente

HOSPITALES	NUEVA EPS SUBSIDIADO					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	71.9%	71.3%	73%	74.3%	74%	75.4%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 75.4% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores Muy deficiente se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL SEGUNDO 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
------------	-----------------	------------------	-------------	-----------------

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 181 de 262

ARAUQUITA	5	2	1	1
PANAMA	0	1		
PAMPURI	0	1		
PUERTO JORDAN	0	2		

COBERTURAS MENSUAL 47,4%		
BIOLOGICO	JUNIO	COBERTURA FALTANTE
BCG	31,90%	15,50%
ROTAVIRUS SEGUNDA DOSIS	44,60%	2,80%
NEUMOCOCO SEGUNDA DOSIS	45,20%	2,20%
PENTAVALENTE TERCERA DOSIS	42,40%	5,00%
POLIO TERCERA DOSIS	42,50%	4,90%
HEPATITIS A	49,80%	META CUMPLIDA
TRIPLE VIRAL	49,30%	META CUMPLIDA
POLIO 1ER REFUERZO	45,80%	1,60%
HIB 1ER REFUERZO	44,60%	2,80%
TRIPLE VIRAL 2DO REFUERZO	50,70%	META CUMPLIDA
POLIO 2DO REFUERZO	47,00%	0,40%
DPT 2DO REFUERZO	45,50%	1,90%
VARICELA	45,20%	2,20%

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de JUNIO son del 47.4 %, para este segundo trimestre la meta programática es del 44.9 % motivo por el cual no cumplió el segundo trimestre faltando 2.5 %

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	31,9	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	42,5	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	49,3	SI

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	45,8	NO
TRIPLE VIRAL		

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	45,5	NO
TRIPLE VIRAL	45,2	NO

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de junio 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 47.4, con corte al 30 de junio del 2023 fue del 44.9 % quedando como cobertura faltante un 2.5%.

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad	Tipo Indicador
Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	2,776	2,879	96.4%	90%	Optimo	Evaluativo
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	356	408	87.2%	90%	Deficiente	Evaluativo
Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	501	507	98.8%	90%	Optimo	Evaluativo

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 183 de 262

Cobertura de vacunación en menores de 60 a 71 meses (5años)	474	491	96.5%	90%	Optimo	Evaluativo
Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	1,099	1,924	57.1%	30%	Optimo	Evaluativo
Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	2,335	6,634	35.1%	25%	Optimo	Evaluativo
Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	34	41	82.9%	90%	Deficiente	Evaluativo
Cobertura de vacunación en adultos	589	3,473	16.9%	20%	Deficiente	Evaluativo
Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más	3,051	6,085	50.1%	70%	Muy deficiente	Evaluativo
Cobertura vacunación COVID en población general	9,947	24,029	41.3%	50%	Deficiente	Evaluativo

HOSPITALES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	81.5%	71.4%	82.3%	84%	84%	88.3%
	Deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 75.4% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores Muy deficiente se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

Nombre Indicador	Estimación	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	90%	99.6%	97.6%	99.8%	100%
Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	30%	35.8%	36.3%	67%	66.5%
Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	30%	41.1%	41.2%	45.7%	45.5%
Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	90%	100%	100%	88.2%	89.4%
Cobertura de vacunación en adultos	30%	4.4%	4.4%	10.6%	14.8%
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	90%	100%	75.9%	100%	100%
Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	90%	100%	100%	100%	100%
Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	50%	1.4%	1.4%	51.3%	51.3%
Cobertura vacunación Covid en población general	70%	2%	1.9%	39.5%	39.3%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 184 de 262

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
META	COBERTURA ALCANZADA
META ANUAL	47,4%
BCG < 1año Única	2,5%
VOP< 1año 3ra	49,4%
DPT< 1año 3ra	49,4%
2da NEUMOCOCO	45,7%
2da ROTAVIRUS	44,4%
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	40,2%
FIEBRE AMARILLA	52,9%
HEPATITIS A	40,2%
VOP 1 RF 18 MESES	47,1%
DPT 1 RF 18 MESES	47,1%
VOP 2 RF 5 AÑOS	49,4%
DPT 2 RF 5 AÑOS	49,4%
SRP(TV) 2 RF 5 AÑOS	49,4%

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de junio son del 43.6 %, para este segundo trimestre la meta programática es del 47.4% motivo por el cual no cumplió el segundo trimestre 3.8 %.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	11.5	NO

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 185 de 262

TERCERA DE PENTAVALENTE	46	NO
-------------------------	----	----

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	42	NO

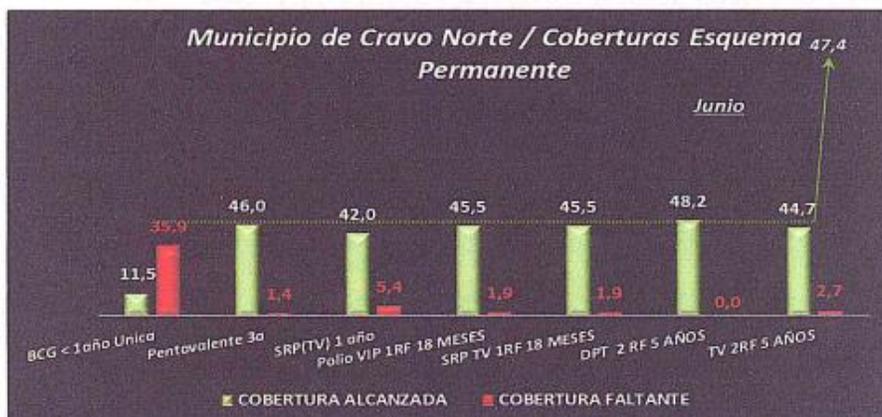
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	45.5	NO
TRIPLE VIRAL	45.5	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	48.2	SI
TRIPLE VIRAL	44.7	NO

GRAFICA DE COBERTURAS



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de Junio 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 47.4, con corte al 30 de Junio del 2023 fue del 43.6 % quedando como cobertura faltante un 3.8%.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 186 de 262

INDICADOR TRAZADOR DE NUEVA EPS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

HOSPITALES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	71.5%	73.9%	82.1%	82%	76.4%	83.6%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente	Muy deficiente	Deficiente

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta deficiente el 83.6% 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 SEGUNDO TRIMESTRE

Nombre Indicador	Estimación	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	90%	84.2%	96.3%	99.2%	99.6%
Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	30%	21.6%	52.7%	66.6%	68.8%
Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	30%	6.9%	12.1%	20.5%	24.9%
Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	90%	50%	60%	37.5%	12.5%
Cobertura de vacunación en adultos	30%	5.3%	5.3%	5.6%	5.1%
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	90%	78.2%	100%	100%	100%
Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	90%	63.4%	85.3%	97.5%	97.2%
Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	50%	4.3%	4.3%	4.1%	8.4%
Cobertura vacunación Covid en población general	70%	14.2%	14.2%	14.2%	19.5%

En los indicadores de la EPS sanitas se refleja que hay varios indicadores en no aceptable en cuatro indicadores 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 187 de 262

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 47.4%, con corte al 30 de junio del 2023 es del % .

		COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE
META %		47,5	
DOSIS APLICADAS <1 AÑO	B.C.G. / R.N	30,1	17,4
	HB	30,1	17,4
	NEUMO 1RA	36,6	10,9
	ROTAX 1RA	35,9	11,6
	PENTA 1RA	35,9	11,6
	VIP 1RA	35,9	11,6
	NEUMO 2DA	41,0	6,5
	ROTAX 2DA	40,4	7,1
	PENTA 2DA	41,0	6,5
	VIP 2DA	41,0	6,5
	PENTA 3RA	42,4	5,1
VIP 3RA	42,1	5,4	
DOSIS APLICADAS 1 AÑO	TRIPLE VIRAL	42,8	4,7
	NEUMOCOCO REF	27,7	19,8
	HEPATITIS A	42,8	4,7
	VARICELA	42,8	4,7
	FIBRE AMARILLA	43,5	4,0
18-23 MESES	DPT R1	0,7	4,0
	VIP REF	50,8	
	TRIPLE VIRAL R2	64,6	17,1
	PENTA REF	49,9	-2,4
DOSIS 5 AÑOS	DPT R2	55,3	7,8
	TRIPLE VIRAL R2	67,6	20,1
	VOP R2	55,6	8,1

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 188 de 262

OTRAS	VPH	51,7	-4,2
	DPT AC-GESTA	22,1	25,4

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 30 de junio 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	30.5	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	44.8	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	45.6	NO

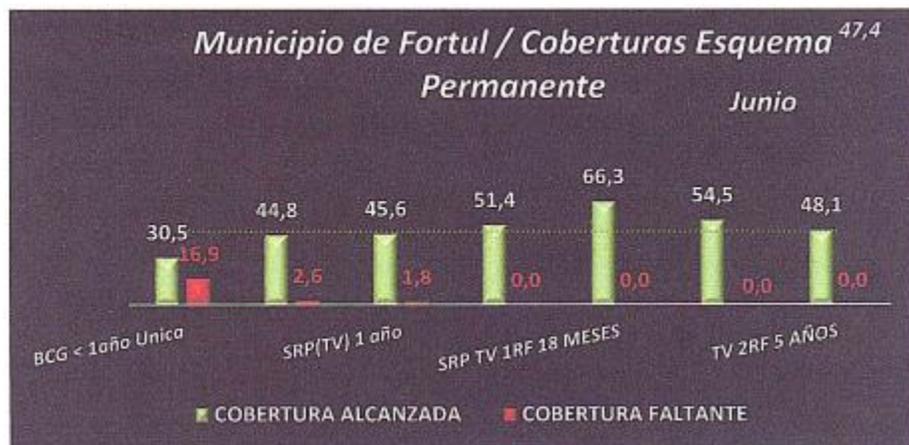
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	51.4	SI
TRIPLE VIRAL	66.3	SI

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	54.5	SI
TRIPLE VIRAL	48.1	SI

GRAFICA DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE FORTUL



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 189 de 262

La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de Junio 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 SEGUNDO TRIMESTRE

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

HOSPITALES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador IPS					
	84.8%	80.5%	85.2%	84.4%	82.9%	86.8%
	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente

Se evidencia en la gráfica anterior que se presenta optimo el 86.8% de los indicadores se encuentra mayor valoración y aceptación de la parte evaluativa, en los indicadores Deficiente se deben generar unas estrategias y plan de choque para elevar el proceso.

INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

Nombre Indicador	Estimación	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	90%	99.5%	99.1%	98.9%	98.2%
Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	30%	12.5%	12.5%	13.4%	83.2%
Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	30%	14.2%	13.9%	16%	18.9%
Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	90%	100%	83.3%	100%	100%
Cobertura de vacunación en adultos	30%	3.6%	3.6%	3.6%	3.9%
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	90%	95.2%	98.3%	96.9%	96.2%
Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	90%	100%	96.7%	96.7%	93.6%
Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	50%	58.9%	59.8%	59.7%	57.8%

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 190 de 262

Cobertura vacunación Covid en población general	70%	40.7%	43.1%	42.8%	43.7%
---	-----	-------	-------	-------	-------

Teniendo en cuenta los trazadores asignados por SANITAS y de acuerdo a los resultados obtenidos durante el segundo trimestre de 2023, se evidencia el comportamiento de las coberturas de vacunación que presenta indicadores en óptimo y 1 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 47.4%, con corte al 30 de Junio del 2023 fue del 41.5% faltando para cumplir la meta de 5.9%

ARAUCA	JUNIO	2023
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE
META ANUAL	100	0
BCG < 1año Única	19,8	27,6
VIP < 1año 3ra	38,7	8,7
DPT < 1año 3ra	38,7	8,7
2da NEUMOCOCO	39,8	7,6
2da ROTAVIRUS	37,6	9,8
SRP(TV) AÑO EDAD Única	50,5	-3,1
HEPATITIS A	50,5	-3,1
VIP 1 RF 18 MESES	46,2	1,2
PENTAVALENTE 1 RF 18 MESES	37,6	9,8
VOP 2 RF 5 AÑOS	46,2	1,2
DPT 2 RF 5 AÑOS	46,2	1,2
SRP(TV) 2 RF 18 MESES	46,2	1,2

Niños y niñas menores de un año:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 191 de 262

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	29.7	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	39.6	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	51.6	SI

Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	47.3	NO
TRIPLE VIRAL	47.3	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	46.2	NO
TRIPLE VIRAL	41.8	NO

GRAFICO DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO RONDON



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de junio 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 SEGUNDO TRIMESTRE

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 192 de 262

De los 82 indicadores se pudo evidenciar que:

HOSPITALES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	69.1%	74.3%	79.4%	79.2%	84.2%	83.1%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente

Para el segundo 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 83.1 % 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.

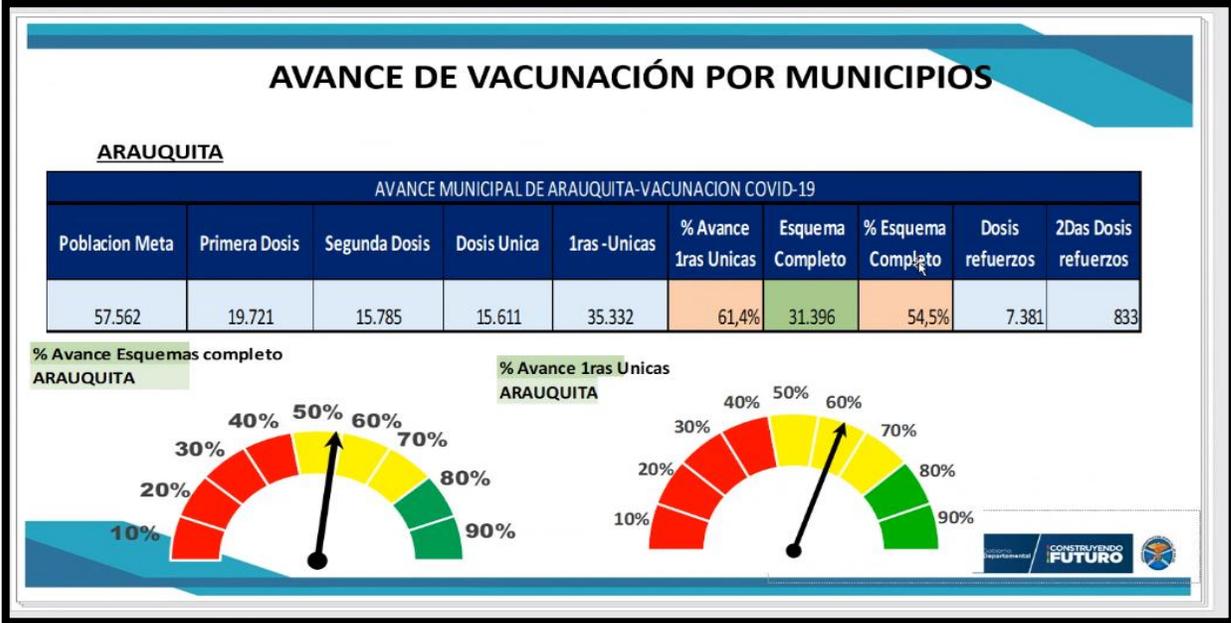
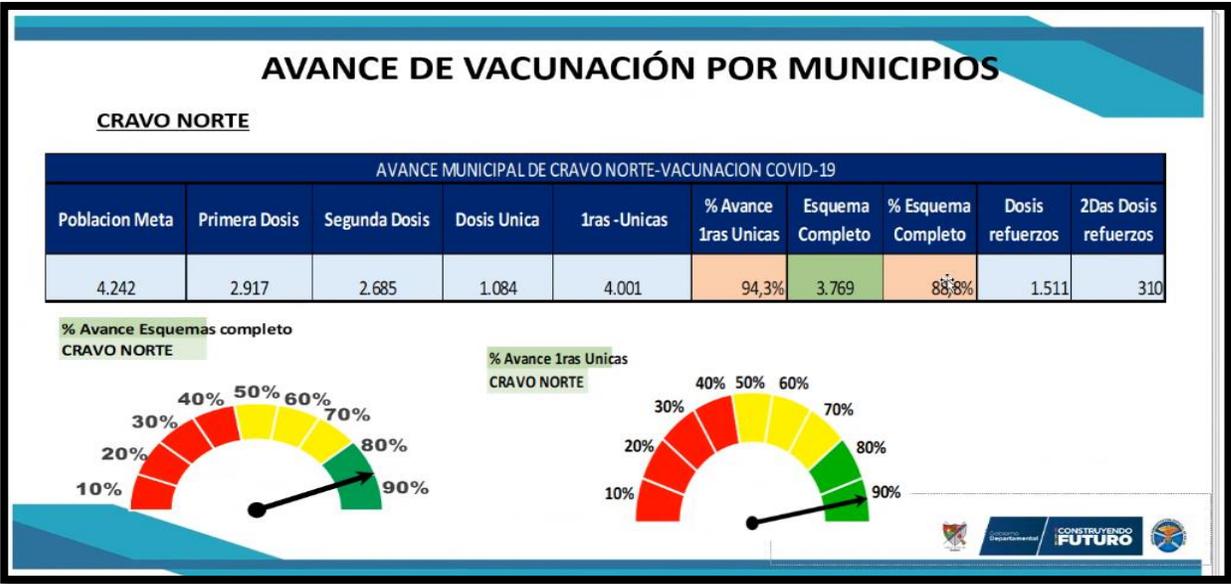
INDICADOR TRAZADOR DE SANITAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

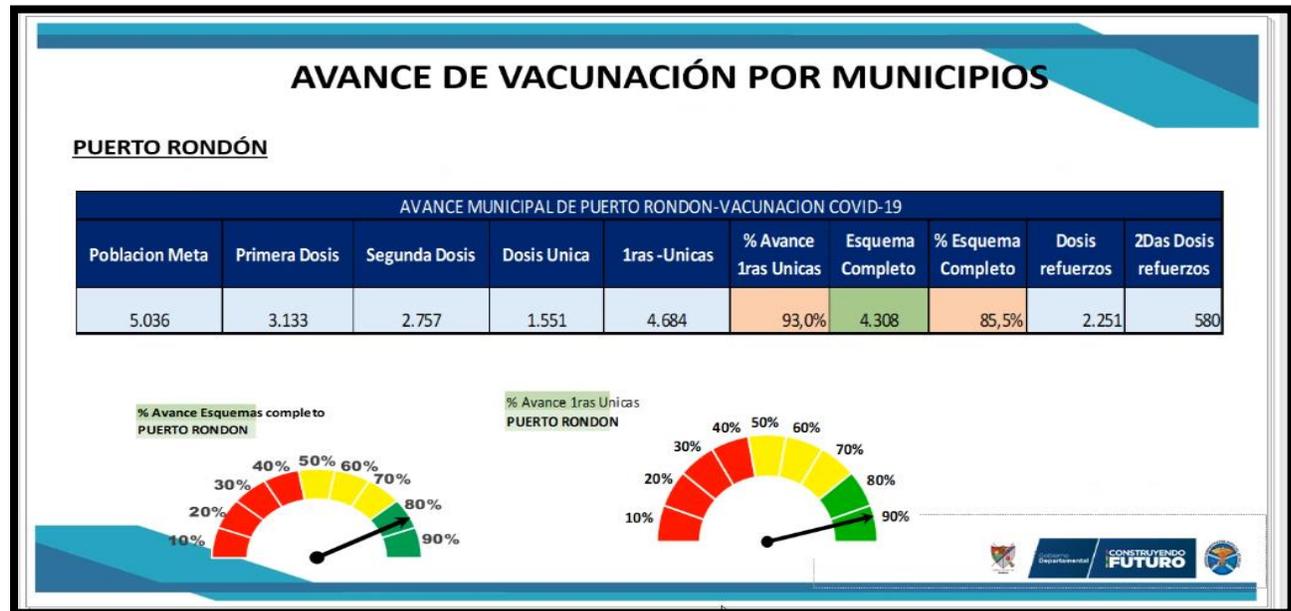
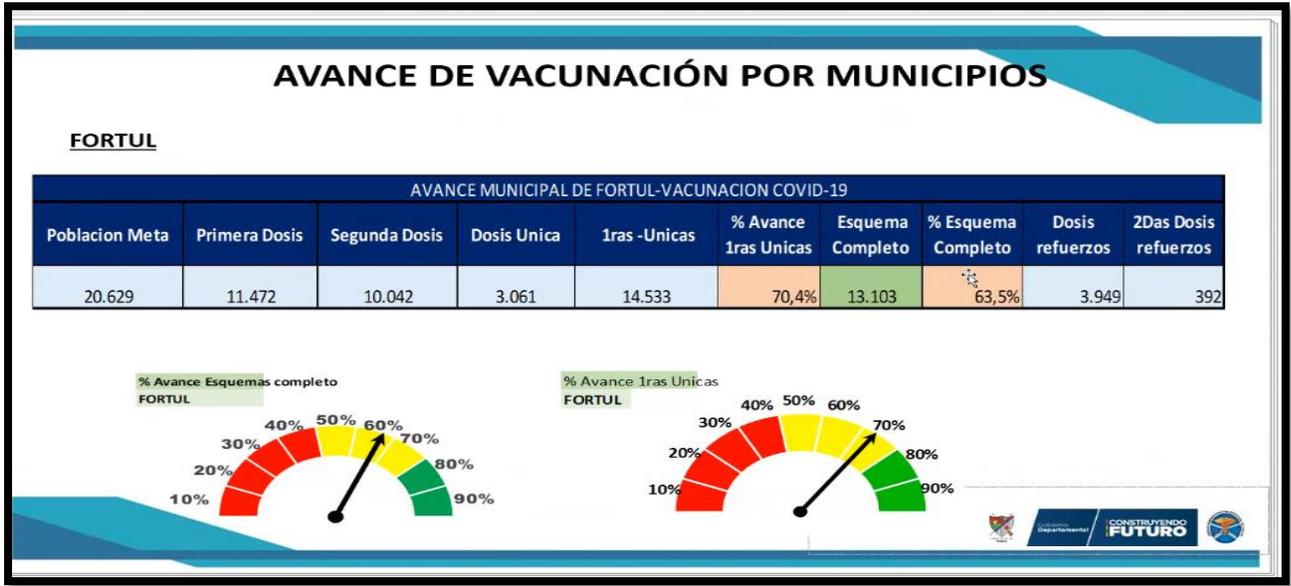
Nombre Indicador	Estimación	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	90%	92.5%	88.3%	98.1%	97.2%
Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)	30%	31.4%	31.2%	48.5%	70.1%
Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	30%	42.2%	41.9%	46%	48.9%
Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	90%	0.0%	100%	11.1%	10%
Cobertura de vacunación en adultos	30%	22.5%	22.5%	22.5%	22.4%
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	90%	76%	57.1%	94.5%	93%
Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)	90%	80.3%	75.8%	100%	94.6%
Cobertura vacunación Covid en población de 50 años y mas	50%	4.2%	4.2%	4.6%	9.6%
Cobertura vacunación Covid en población general	70%	15.7%	16.4%	16.7%	24.1%

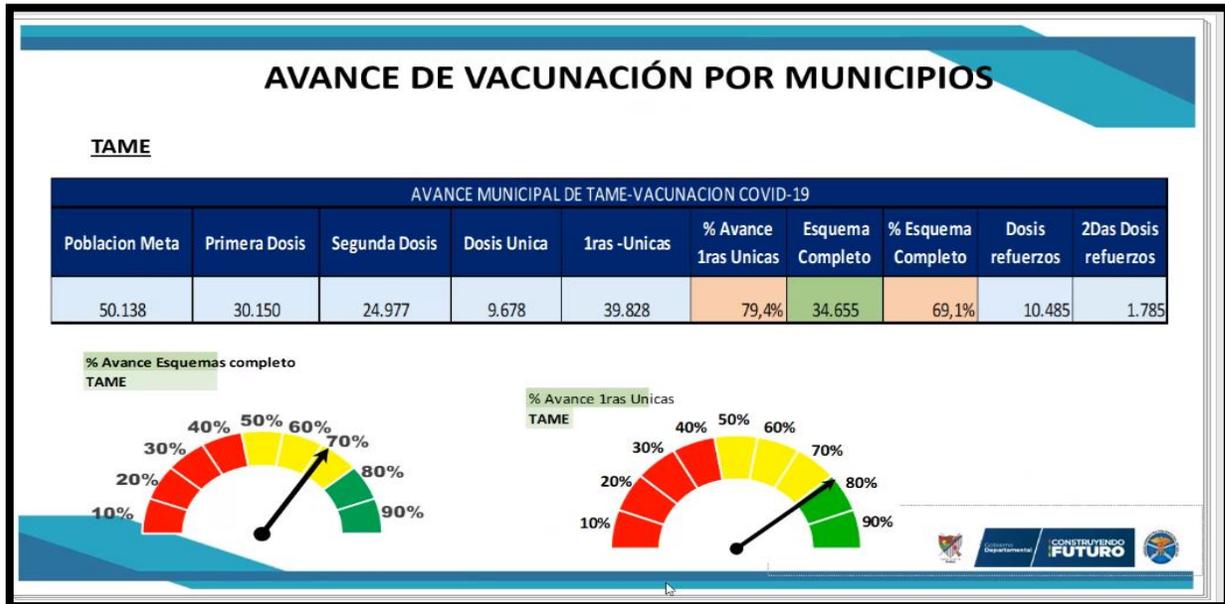
Teniendo en cuenta los trazadores asignados por SANITAS y de acuerdo a los resultados obtenidos durante el segundo trimestre de 2023, se evidencia el comportamiento de las coberturas de vacunación que presenta indicadores en optimo y 3 en no aceptable motivo por el cual se solicita un plan de choque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

Los indicadores de sanitas siempre se reportan de una manera demorada no va el reporte mes cumplido ya que la plataforma arroja tiempos anteriores.

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







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	13.349	8.692	84,9	55,3
Arauquita	10.820	3.781	2.833	34,9	26,2
Cravo Norte	690	552	486	80,0	70,4
Fortul	3.973	2.060	1.500	51,8	37,8
Puerto Rondon	844	696	546	82,5	64,7
Saravena	11.175	4.087	3.283	36,6	29,4
Tame	9.324	5.018	3.769	53,8	40,4
Departamento	52.541	29.543	21.109	56,2	40,2



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

Población de 16 a 19 Años											
MUNICIPIOS	Metas	Primera dosis	Segunda dosis	Única dosis	Dosis refuerzo	Segunda dosis refuerzo Res419 2022	AVANCES 1RAS/UNICAS	ESQUEMAS COMPLETOS	% AVANCES 1RAS /UNICAS	% ESQUEMAS COMPLETOS	
Arauca	6.967	5.156	3.801	1.214	1.345	56	6.352	5.015	91,2	72,0	
Araucuita	4.343	1.396	1.070	899	389	16	2.291	1.969	52,8	45,3	
Cravo Norte	287	157	159	95	101	14	252	254	87,8	88,5	
Fortul	1.541	403	433	278	331	17	681	711	44,2	46,1	
Puerto Rondon	345	162	171	111	168	17	273	282	79,1	81,7	
Saravena	4.740	1.872	1.485	1.594	792	88	3.458	3.079	73,0	65,0	
Tame	3.736	1.890	1.476	657	617	51	2.539	2.133	68,0	57,1	
Departamento	21.959	11.036	8.595	4.848	3.743	259	15.846	13.443	72,2	61,2	

6. INFOGRAFIA AVANCE 1RAS+UNICAS

PLAN DEPARTAMENTAL DE VACUNACIÓN
 CONTRA COVID-19

AVANCE DE 1RAS Y UNICAS PNVC-19 235.027 DOSIS

CORTE 23:59 P.M. JUNIO-30-2022



DOSIS APLICADAS	
1RAS DOSIS	170.452
UNICA DOSIS	64.575

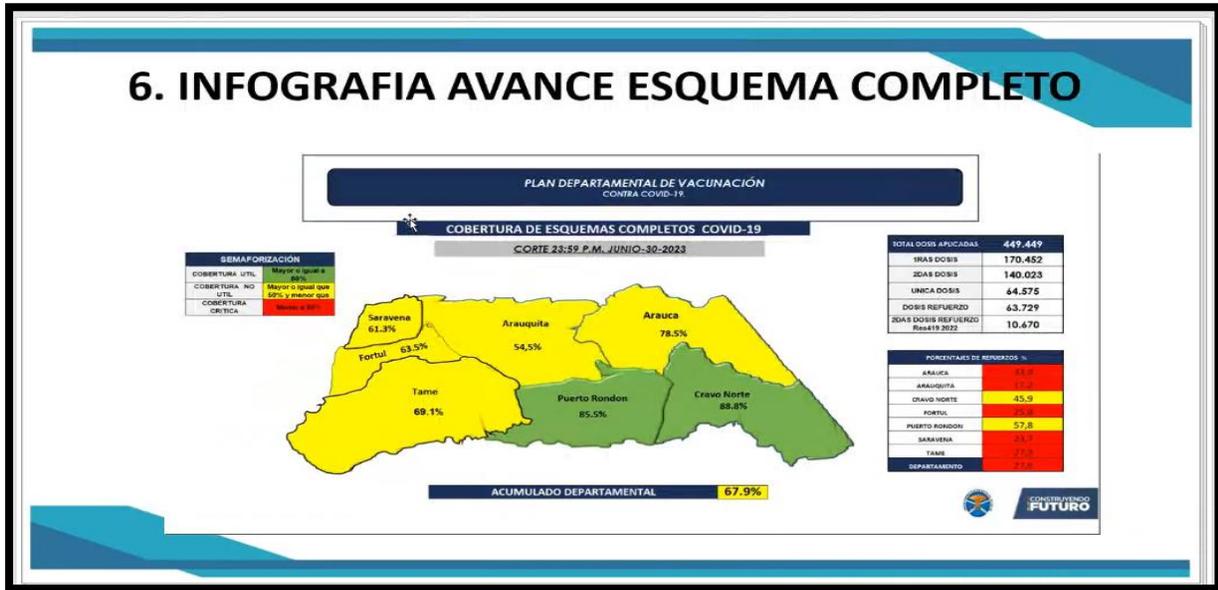
SEMAFORIZACIÓN	
COBERTURA ÚTIL	Mayor o igual a 80%
COBERTURA NO ÚTIL	Mayor o igual que 50% y menor a 80%
COBERTURA CRÍTICA	Menor a 50%



CONSTRUYENDO FUTURO



CONSTRUYENDO FUTURO



Análisis

Durante el segundo trimestre del 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.

3.3 INFORME GESTION DE APOYO DE URGENCIAS/ HOSPITALIZACION.

NUMERO USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Mediante los datos estadísticos durante el segundo trimestre se atendieron usuarios, con respecto al año anterior el cual fue de se observa una disminución relativa del primer

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 198 de 262

trimestre del 2023 es del 7.636 y el segundo trimestre 7245 Consultas de urgencias siendo estas en su mayoría por diagnóstico de procesos respiratorios.

Durante en este segundo 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 ABRIL	MES DE MAYO	MES DE JUNIO
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	423	396	393
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	558	664	755
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	73	83	91
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	546	749	673
CENTRO DE SALUD PANAMA	60	131	64
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	279	365	312
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	69	64	18
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	151	192	136
TOTAL	2159	2644	2442

Durante el segundo 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 preventivo y los que requiere remisión o hospitalización se realiza tramite como lo indica los protocolos.

REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS REINGRESOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA ENTRE LAS 24 Y 72 HORAS SIGUIENTES A LA ATENCIÓN INICIAL PARA LOGRAR QUE SEAN MENOR AL 3%.

INDICADOR

(Número total de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 horas y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Número total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa * 100)

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN							GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN							Versión 01	
								Página 199 de 262	

ABRIL										
REINGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS	HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	
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	1	0	0	0	0	0	0	1	0.05%
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PERIODO INCLUIDAS EN LA MUESTRA REPRESENTATIVA	423	558	73	546	60	279	69	151	2.159	

MAYO										
REINGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS	HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PERIODO INCLUIDAS EN LA MUESTRA REPRESENTATIVA	396	664	83	749	131	365	64	192	2.644	

JUNIO										
REINGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS	HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	
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	0	0	0	0	0	0	8	8	0.33%
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PERIODO INCLUIDAS EN LA MUESTRA REPRESENTATIVA	393	755	91	673	64	312	18	136	2.442	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 200 de 262

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 segundo trimestre se pudo evidenciar que se atendieron los 7245 usuarios con un porcentaje 0.38% 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)

ABRIL		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	6.69
TIEMPO DE ESPERA CONSULTA TRIAGE II	Sumatorio 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.	7.008	11.120	0	8.115	60	5.560	0	149	32.012	
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	419	556	73	541	60	276	68	149	2.142	

MAYO		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	6.82
------	--	------	------	------	------	-----	------	------	------	-------	------

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 201 de 262

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.	6.550	13.220	0	11.070	131	7.100	0	190	38.261	
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	391	661	83	738	131	355	61	190	2.610	

JUNIO		HSFF	HSAT	CSPJ	HSLA	CSP	HSRP	HSJC	HSJD	TOTAL	6.24
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.	6.446	14.980	0	9.945	0	6.160	0	1.959	39.490	
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	385	749	91	663	64	310	71	132	2.465	

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 7245 pacientes en un tiempo de espera de 19.7 minutos en el servicio de urgencias en los 8 municipios.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

INDICADOR 1. Proporción de pacientes hospitalizados por dengue Grave: No se presentaron casos de pacientes hospitalizados por diagnóstico de dengue grave ni en el II trimestre del 2023.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 202 de 262

- **ANALISIS:** Se evidencia que el indicador se mantiene estable en el I y II trimestre del año, para casos de dengue grave presentes en el servicio de hospitalización.

INDICADOR 2. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días: No se presentó pacientes con reingreso al servicio de hospitalización en menos de 15 días por lo cual el indicador mantuvo un comportamiento estable en la red hospitalaria.

- **ANALISIS:** Se evidencio que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento estable frente al indicador de Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, con relación al I y II trimestre del año en curso.

INDICADOR 3. Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización: En el transcurso de del I primero y II trimestre no se presentaron caídas en el servicio de hospitalización.

- **ANALISIS:** Se evidencia que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento favorable, frente al indicador de Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, ya que no se presentaron caídas de pacientes en el servicio de hospitalización durante el primer y segundo trimestre del 2023.

INDICADOR 4. Tasa de úlceras por presión: Durante el I trimestre y II no se presentaron pacientes con úlceras por presión en la estadía por hospitalización.

- **ANALISIS:** durante el I y II trimestre del 2023, se brindaron medidas de cuidado integral las cuales evitaron tasas de incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados

INDICADOR 5. Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda (IRA) en menor de 5 años: No se presentaron reingresos de pacientes menores de 5 años hospitalizados por IRA, dentro de los 20 días después del primer egreso por IRA en el transcurso del I Y II trimestre

INDICADOR 6. Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años: Durante el I primer trimestre del 2023 se presentaron 15 neumonías en menores de 5 años y en el II trimestre 10 neumonías de las cuales no se presentó ninguna letalidad por IRA, para el II trimestre.

INDICADOR 7. Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA): En el transcurso del I y II trimestre no se presentaron casos de letalidad por EDA en menores de 5 años.

INDICADOR 8. Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización: En el transcurso del I y II trimestre no se presentó casos de reacción adversa de medicamentos, gracias a los cuidados estandarizados

INDICADOR 9. Índice de Giro Cama: En el I y II trimestres del 2023 se obtuvo un índice de giro cama de 3 días, lo que quiere decir que se mantuvo estable el indicador

 <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 203 de 262

INGRESOS DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

HOSPITAL	II TRIMESTRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	376
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	115
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	63
HOSPIATL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	211
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	71
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	133
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	969

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 segundo 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 98 % 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, ni el centro de salud de puerto jordán cuentan con el servicio de hospitalización habilitado.

EGRESOS

EGRESOS DEL CUARTO TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

HOSPITAL	II TRIMESTRE
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	334
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	107
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	63
HOSPIATL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	211
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	71
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	133
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	848

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 204 de 262

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 segundo trimestre hay un descenso de egresos a comparación del año pasado teniendo un total de egresos de 848 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 2023
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	3.9
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	2.3
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	3.1
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	2.6
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0
TOTAL	

Se sigue llevando un monitoreo continuo de las estancias prolongadas injustificables habiendo un promedio de giro cama de 2.9 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 segundo trimestre se dio un giro cama de 2.9 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.

 Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 205 de 262

OCUPACIONALIDAD

Total % Ocupacional de camas

HOSPITALES	Ingresos al servicio hospitalización II Trimestre 2023
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	56%
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	20%
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	5.7%
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	21%
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	19.6%
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0%
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0%
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0%
TOTAL	24.5

Por medio de los datos estadísticos durante el segundo trimestre se dio un aumento del 24.5%; en comparación con el anterior año que finalizó con un 15.3 % 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.

3.4 INFORME GESTION VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

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 segundo 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 26 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 un centro de salud tienen las 25 semanas epidemiológicas positivas excepto Centro de Salud Juan de Jesús Coronel que tiene 9 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.

TABLERO DE CONTROL DE INDICADORES SIVIGILA												
MUNICIPIO	TIPO DE UNIDAD	NOMBRE UPGD	CODIGO DEL PRESTADOR	SUB-CODIGO	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANAL			CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION				
					NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS EVALUADAS POR PERIODO	% CUMPLIMIENTO	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSAS	% DE CUMPLIMIENTO	
ARAUQUITA	UPGD	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	8106500206	02	25	25	100	25	0	0	104%	
	UPGD	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	8106500206	40	25	25	100	25	0	0	104%	
	UPGD	CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	8106500206	17	25	25	100	25	0	0	104%	
FORTUL	UPGD	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	8130000206	06	25	25	100	25	0	0	104%	
PUERTO RONDÓN	UPGD	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	8159100206	05	25	25	100	25	0	0	104%	
CRAVO NORTE	UPGD	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO N	8122000206	04	25	25	100	25	0	0	104%	
TAME	UPGD	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	8179400206	03	25	25	100	25	0	0	104%	
	UPGD	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	8179400206	07	25	25	100	16	9	0	67%	

Fuente: SIVIGILA 2023

➤ Oportunidad en el cargue de la Notificación Semanal al Portal SIVIGILA 4.0 2023

Se diseña y socializa el Formato para el seguimiento de la Notificación semanal y el cual es alimentado con la información de los correos del envío de las Notificaciones a la Unidad Notificadora Municipal semana a semana, donde se verifica el cumplimiento de la Notificación Semanal y el Acumulado de las notificaciones de las semanas positivas, notificaciones negativas y semanas silenciosas

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 26 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

SEGUIMIENTO A LAS NOTIFICACIONES SEMANALES																
MUNICIPIO	TIPO DE UNIDAD	NOMBRE UPGD	CODIGO DEL PRESTADOR	SUB-CODIGO	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANA 22			CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANA 23			CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANA 24			CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANA 25		
					NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	FECHA Y HORA (05/06/2023)	% CUMPLIMIENTO (OPORTUNIDAD) ANTES DE LAS 12 M)	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	FECHA Y HORA (12/06/2023)	% CUMPLIMIENTO (OPORTUNIDAD) ANTES DE LAS 12 M)	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	FECHA Y HORA (19/06/2023)	% CUMPLIMIENTO (OPORTUNIDAD) ANTES DE LAS 12 M)	NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	FECHA Y HORA (26/06/2023)	% CUMPLIMIENTO (OPORTUNIDAD) ANTES DE LAS 12 M)
ARAUQUITA	UPGD	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	8106500206	02	22	5 jun 2023, 11:56	100%	23	12 jun 2023, 11:48	100%	24	19 jun 2023, 11:25	100%	25	26 jun 2023, 11:54	100%
	UPGD	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	8106500206	40	22	5 jun 2023, 09:39	100%	23	12 jun 2023, 11:36	100%	24	19 jun 2023, 10:27	100%	25	26 jun 2023, 10:38	100%
	UPGD	CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	8106500206	17	22	5 jun 2023, 07:33	100%	23	11 jun 2023, 21:14	100%	24	18 jun 2023, 19:37	100%	25	26 jun 2023, 09:24	100%
FORTUL	UPGD	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	8130000206	06	22	5 jun 2023, 10:22	100%	23	12 jun 2023, 08:48	100%	24	19 jun 2023, 10:03	100%	25	26 jun 2023, 10:31	100%
PUERTO RONDÓN	UPGD	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	8159100206	05	22	5 jun 2023, 11:22	100%	23	12 jun 2023, 09:42	100%	24	19 jun 2023, 09:26	100%	25	26 jun 2023, 10:33	100%
CRAVO NORTE	UPGD	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO N	8122000206	04	22	5 jun 2023, 10:11	100%	23	12 jun 2023, 11:42	100%	24	19 jun 2023, 11:45	100%	25	26 jun 2023, 20:04	100%
TAME	UPGD	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	8179400206	03	22			23	12 jun 2023, 11:29	100%	24	18 jun 2023, 09:44	100%	25	26 jun 2023, 10:35	100%
	UPGD	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	8179400206	07	22	4 jun 2023, 18:35	100%	23	12 jun 2023, 11:42	100%	24	19 jun 2023, 10:44	100%	25	26 jun 2023, 08:57	100%

 <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 207 de 262

Fuente: SIVIGILA 2023

➤ **Oportunidad en reporte SIANIEPS- cargue al SIVIGILA**

Para el Segundo 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.

UPGD	ABRIL	MAYO	JUNIO	% 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%

➤ **Notificación de eventos de Interés en Salud Pública – SIVIGILA ESE Moreno y Clavijo a semana 25, casos a periodo epidemiológico 6 del 2023.**

Durante las 25 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 1065 notificaciones Individuales y 3986 casos de Notificación Colectiva (IRA- EDA-Brotes).

a. Notificación Colectiva:

Dentro de las Notificaciones Colectivas reportadas al SIVIGILA se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas- IRA con un total de 3041 casos acumulados al finalizar el segundo trimestre o sexto periodo epidemiológico, notificados por los diferentes hospitales y Centros de Salud, en primer lugar se encuentra el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 1027 casos, le siguen el Hospital San Antonio de Tame con 849 notificaciones, con 508 casos el Hospital San Francisco de Fortul está en tercer lugar, el Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón reportó 338 casos de IRA, de igual forma los Hospitales de Cravo norte, el Centro 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 378 casos, en segundo lugar el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 233 reportes, le sigue el Hospital San Francisco de Fortul con 200 reportes, en cuarto lugar encontramos al Hospital San Ricardo Pampuri con 46 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 4 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 208 de 262

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	HSJD PR	CSJJC	CSPA	TOTAL
MORBILIDAD EDA	233	378	200	46	16	29	12	25	939
MORBILIDAD IRA	1027	849	508	114	101	338	14	90	3041
BROTE ETA	1	2	0	0	0	0	1	0	4
BROTE VARICELA	0	1	0	0	0	0	0	1	2

b. Notificación Individual.

De los eventos de interés en Salud Pública de reporte individual se consolidan a periodo 6 un total de 1065 casos, observándose que la Enfermedad de Dengue es el Evento más notificado con un total de 395 casos, especialmente en los hospitales san Lorenzo de Arauquita con 131 casos con una tasa de 2.25 por cada 1000 habitantes, de igual forma tiene un reporte de 105 casos para el Hospital San Antonio de Tame, 76 casos para el HSFF y 44 casos para el Hospital San Ricardo Pampuri, y 34 para el Hospital San José de Cravo Norte donde se observa un incremento del 100% de este evento. Las violencias de género (197 casos) están en segundo lugar y las agresiones por Animales potencialmente transmisores de Rabia (192 reportes) son los eventos en segundo y en tercer lugar respectivamente.

La DNT en menores de 5 años tiene un reporte de 39 casos, en el Periodo 3 ya se tienen reporte de 18 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 28 y 23 casos reportados a periodo 6, 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 HSLA tiene un reporte total de 305 casos, le siguen el HSAT con 275 casos, San Francisco de Fortul tiene un consolidado de 174 notificaciones, le siguen San Ricardo Pampuri con 112 reporte y HSJCN con 65 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 DE INTERES EN SALUD PUBLICA A SEMANA 24-2023

EVENTOS	HSLA		HSAT		HSFF		HSRP		HSICN		HSID PR		CSIJC		CSPA		TOTAL		
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA X HB DPTO	MILTASA X HAB RED
DENGUE	131	2,25	105	2,07	76	3,64	44	0,8	34	7,9	5	0,98	0	0,0	0	0,0	395	1,30	2,84
VIOLENCIAS DE GENERO	63	1,08	33	0,65	24	1,15	30	0,51	8	1,86	18	3,53	12	0,21	9	0,15	197	0,65	1,41
AGRESIONES APTR	53	0,91	54	1,06	26	1,25	15	0,26	8	1,86	10	1,96	17	0,29	9	0,15	192	0,63	1,38
DESNUTRICION EN < 5 AÑOS	4	0,07	15	0,30	7	0,34	8	0,14	2	0,47	2	0,39	1	0,02	0	0,0	39	0,13	0,28
ACCIDENTE OFIDICO	2	0,03	6	0,12	7	0,34	4	0,07	2	0,47	1	0,20	6	0,10	4	0,07	32	0,10	0,23
INTENTO SUICIDO	4	0,07	12	0,24	6	0,29	1	0,02	0	0,0	2	0,39	1	0,02	2	0,03	28	0,09	0,20
CHAGAS CRONICO	3	0,05	6	0,12	3	0,14	1	0,02	1	0,23	4	0,78	6	0,10	0	0,0	24	0,08	0,17
VARICELA	3	0,05	11	0,22	4	0,19	1	0,02	0	0,0	0	0,0	1	0,02	3	0,05	23	0,08	0,17
INTOXICACIONES	6	0,10	4	0,08	6	0,29	2	0,03	0	0,0	1	0,20	2	0,03	1	0,02	22	0,07	0,16
ENFERM TRANS ALIMENTOS	6	0,10	5	0,10	0	0,00	0	0,0	2	0,47	0	0,0	6	0,10	0	0,0	19	0,06	0,14
SIFILIS GESTACIONAL	4	0,07	6	0,12	8	0,38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	0,06	0,13
HEPATITIS B, C Y COINFECCION	4	0,07	0	0,00	0	0,00	2	0,03	3	0,70	0	0,0	0	0,0	4	0,07	13	0,04	0,09
TUBERCULOSIS	1	0,02	4	0,08	4	0,19	0	0,0	2	0,47	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,04	0,08
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	5	0,09	2	0,04	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0	1	0,01	0	0,0	8	0,03	0,06
VIH/SIDA	2	0,03	3	0,06	0	0,00	2	0,03	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,02	0,05
PAROTIDITIS	1	0,02	3	0,06	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,02	0,04
LEPTOSPIRA	4	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,01	0,03
SARAMPION	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23	2	0,39	0	0,0	0	0,0	4	0,01	0,03
CANCER DE MAMA	3	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	1	0,02	4	0,01	0,03
MORTALIDAD PERINATAL	2	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23	1	0,20	0	0,0	0	0,0	4	0,01	0,03
MALARIA	0	0,00	0	0,00	1	0,05	0	0,00	1	0,23	0	0,00	2	0,03	0	0,0	4	0,01	0,03
LEPRA	2	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	2	0,01	0,01
LEISHMANIASIS	0	0,00	0	0,00	1	0,05	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	2	0,01	0,01
DEFECTOS CONGENITOS	1	0,02	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	2	0,01	0,01
TOSFERINA	0	0,00	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	1	0,00	0,01
LESIONES X POLVORA	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	1	0,00	0,01
EVENTO ADVERSO VACUNACION	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	1	0,00	0,01
MENINGITIS	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	1	0,00	0,01
VIGILANCIA INTEGRADA DE MX < 5 AÑOS XEDA, IRAY DNT	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	1	0,00	0,01
ACCIDENTE LONÓMICO	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	1	0,00	0,01
SIFILIS CONGENITA (3 ARQY 2 F)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,00	0,00
TOTAL	305	5,23	275	5,42	174	8,33	112	1,92	65	15,14	46	9,02	55	0,94	33	0,57	1065	3,49	7,65

➤ **Vigilar el cumplimiento oportuno del envío de la Búsqueda Activa Institucional (BAI)**

Durante el segundo 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.

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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 210 de 262

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 segundo trimestre en cada Hospital y Centros de salud 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 segundo 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.**

FORMULA: $(\text{Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento}) / (\text{Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o 500 gramos o más de peso})$

A segundo trimestre se tiene un acumulado de 4 muertes perinatales reportadas por los Hospitales San Lorenzo de Arauquita con 2 casos con una tasa de 0.03 x mil NV, Hospital San José de Cravo Norte con 1 caso con una tasa de 0.23 x mil NV, Hospital San Juan de Dios reportó un caso para una tasa de 0.20 x cada mil nacidos vivos.

INDICADOR 3.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 211 de 262

- **Relación morbilidad materna extrema (MME)/ Muerte materna temprana (MM)**
FORMULA: (Número de casos de MME) / (Número de casos de muerte materna (42 días))

EVENTO	HSLA		HSAT		CSJJC	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	5	0.09	2	0.02	1	0.01

Para el segundo trimestre de 2023 se realiza la notificación de casos de Morbilidad Materna Extrema por el Hospital San Lorenzo de Arauquita con un reporte de 5 casos y 0 casos de Mortalidad Materna, el Centro de Salud Juan de Jesús Coronel reporta 2 casos de MME y 0 casos de Mortalidad Materna, Hospital San Antonio de Tame notificó 2 casos de MME y 0 Casos de Mortalidad Materna.

La relación de MME (8) / MM (0)

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 segundo 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.

4 Resultados.

Durante el segundo 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 den 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

5 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 publica 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.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 212 de 262

3.5 INFORME GESTION CONSULTA EXTERNA

La atención de la consulta externa es una de las necesidades más solicitadas en el primer nivel, esta puede ser solicitada para diversas índoles de necesidad, pero principalmente consiste en el interrogatorio, valoración de para clínico y valoración física del usuario que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento.

Nuestra consulta esta comprendida de grandes rasgos se define como medicina preventiva, medicina general.

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.

ANALISIS: en el 1 trimestre se realizó un total de 30.677 atenciones en consulta externa, se observó que para el 2 trimestre hubo 34.195 para esta acción se obtuvo algunas dificultades falta de talento humano, actos relacionados con cese de actividades, circulación en el departamento de los usuarios del área rural que estuvieron afectados para recibir su respectiva atención agregado acciones notificadas por infracciones medicas en algunos municipios se observa que el talento humano tomo decisión de finalización de contrato por temor.

HOSPITALES / CENTROS DE SALUD	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	9.073	8.621
Hospital San Antonio de Tame	7.037	6.638
Hospital San Lorenzo de Arauquita	8.085	13.700
Hospital San Ricardo Pampuri	4.299	1.898
Hospital San Juan de Dios de puerto Rondón	1.015	998
Hospital San José de Cravo N	769	1.553
Centro Salud de Panamá de Arauca	112	432
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	287	355
TOTAL	30.677	34.195

Fuente: informes de Gestión Instituciones

Análisis: El objetivo de la consulta externa es proporcionar atención médica preventiva, curativa y rehabilitar a la población de su área de responsabilidad a través de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. Es muy importante por su enlace con el servicio de Urgencias y Hospitalización, dado que no solo sirve de puente para la entrada de pacientes que requieran atención médica y/o quirúrgica de forma hospitalaria, sino que también permite el seguimiento de los pacientes que han sido hospitalizados.

La oportunidad de la cita no está superando 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,

 <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 213 de 262

Panamá, Hospital San José de Cravo norte, Hospital San Juan de DIOS de Puerto Rondón, 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

La odontología es una de las ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, el cual incluye además de los dientes, las encías, el tejido periodontal, el maxilar superior, el maxilar inferior y la articulación temporomandibular, en esta consulta se genera; también consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, si lo requiere se dará cumplimiento a las interconsultas por remisión. 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:** Para el segundo trimestre del año 2023 el área de odontología registra un aumento en la producción debido a la masiva llegada de pacientes para inicio de sus tratamientos odontológicos, que se visualiza mayormente en los meses de mayo y junio. Las consultas de primera vez que se están realizando incluye las valoraciones de gestantes, valoraciones de prevención de usuarios de las EPS Sanitas y Nueva EPS, igualmente se continua con la atención de urgencias y educación individual en salud por odontología.

PRODUCCION	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLOGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	2499	2521
NUMERO DE SESIONES ODONTOLOGICAS REALIZADAS	816	962
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0
SELLANTES APLICADOS	1949	1513
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	2863	2671
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	233	279

- **Hospital San Antonio de Tame:** Se observa que la producción del segundo trimestre del año 2023 presentó un aumento en todos los procedimientos con respecto a la producción del primer trimestre del año 2023 en las actividades correspondientes a odontología e higiene oral.

PRODUCCION	TOTAL, PRIMER TRIMESTRE 2023	TOTAL, SEGUNDO TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLOGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	1650	1705

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 214 de 262

TELECONSULTA POR ODONTOLOGIA.	1401	1606
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	2783	3180
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	46	64
SELLANTES APLICADOS	1945	2087
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL	1591	2258
EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	57	69

- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Comparando el I trimestre con el II Trimestre del 2023, se analiza que se presentó un aumento en todas las actividades realizadas en el área de odontología e higiene oral, cumpliendo con las actividades establecidas como son procedimientos odontológicos y de promoción y mantenimiento.

	PROCEDIMIENTOS	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023
ODONTOLOGIA	CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	3236	3353
	NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	210	617
	TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	58	30
	SELLANTES APLICADOS	1798	2012
	SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL	1709	1720
	EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	354	341

- **Hospital San Ricardo Pampuri:** En el I 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). Para el segundo trimestre del 2023 se realizaron 3223 atenciones en los cuales se evidencio que se realizaron por consulta odontológica (2100), por Total de Tratamientos Terminados (17), Sellantes Aplicados (339), Superficies Obturadas (602), Exodoncias (123) y Pulpotomía y/o Pulpectomía (42). Según los datos se puede observar que en el segundo trimestre aumentaron las consultas odontológicas comparadas con el primer trimestre, observamos que hubo mayor compromiso de los usuarios por empezar y terminar sus tratamientos odontológicos; En comparación al trimestre anterior aumentaron las superficies obturadas en resina en dientes anteriores y posteriores, en este trimestre aplicamos la técnica de mostrarle al paciente sus dientes afectados y concientizarlo de la gravedad de la caries dental, lo cual ayudó a que los pacientes asistieran a realizarse sus tratamientos. Se espera seguir mejorando en la consulta, en

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 215 de 262

la motivación y en la atención al usuario para brindar un buen servicio en el Hospital San Ricardo Pampuri de La Esmeralda en el área de odontología.

- **Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el trimestre se realizó un total de 1.406 procedimientos de odontología durante el trimestre. Evidenciándose que el 37% de los procedimientos fueron consultas, el 21% aplicación de sellantes. El procedimiento que menos se realizó fue exodoncias.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	AÑO 2023			
	TRIMESTRE II			
	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Exodoncias (cualquier tipo)	8	37	28	73
Número de sesiones de odontología realizadas	46	99	89	234
Sellantes aplicados	62	98	135	295
Superficies obturadas (cualquier material)	47	135	104	286
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	215	123	180	518
Total de tratamientos terminados	0	0	0	0

- **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 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.

PRODUCCIÓN	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	805	501
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	2.309	1827
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	14
SELLANTES APLICADOS	263	436
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	229	305
EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	17	43

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 216 de 262

- 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. Durante el segundo trimestre del año 2023, no se cumple con la meta ya que no contamos con personal de planta disponible, se realizó la instalación y adecuación de una nueva unidad, junto con la conexión, 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 dos días al mes y del Hospital San Lorenzo y Pampuri los miércoles restantes.
- Centro de Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán:** Aumento de la población con acogida es un trabajo continuo y mejoramiento en atención brindar este servicio 15 días en el centro de salud debido a la cantidad de población que se encuentra aledaña a este sector.

PRODUCCION	II TRIMESTRE 2023
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	360
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	159
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0
SELLANTES APLICADOS	0
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	457
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	44

SALA DE PARTOS

Es este es un servicio que está compuesto de un conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos organizados y dispuestos para la atención del parto espontáneo o intervenido, en nuestra red de hospitales contamos con atención inmediata del parto este servicio se encuentra con excepción en los centros de Salud, pero son oportunos para la atención de cualquier trabajo de parto en fase de 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 217 de 262

Pero más sin embargo se observa afluencia en la atención en los centros de salud vinculados a nuestra red.

HOSPITALES- PARTOS	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	11	15
Hospital San Antonio de Tame	57	46
Hospital San Lorenzo de Arauquita	25	18
Hospital San Ricardo Pampuri	6	4
Hospital San Juan de Dios	4	3
Hospital San José de Cravo N	2	0
Centro Salud de Panamá de Arauca	1	1
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	0	0
TOTAL	106	87

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 106 partos, a comparación se observa con este segundo trimestre 87 partos se redujo la demanda.

- **Hospital San Antonio de Tame:** Para el SEGUNDO trimestre 2023 se presentaron 41, teniendo en cuenta que este servicio está a disposición y según criterio médico de la clasificación de alto o bajo riesgo para ser atendidos.
- **Centro de Salud de Panamá:** Se brinda atención a 1 parto debido a que en Centro Salud no tiene habilitado el servicio de partos, únicamente se atienden los partos que llegan en periodo expulsivo.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** Según los datos suministrados por estadística se encuentran un número significativo de partos atendidos, el cual fueron en el mes de ABRIL (0), MAYO (4) y JUNIO con (0). Siendo MAYO el mes con mayor número de partos. Para un total en el primer trimestre de 4 Partos vaginales sin endometritis. Además, se evidencia que en el primer trimestre se presentaron más partos y en los diferentes meses. Se brinda atención a la maternas y al recién nacido que acuden a la Institución; y el manejo médico es de manera completa e idónea para atender dichos partos, ya que se presentan muy pocos y a su vez se le brinda la mayor atención, cuidados humanizados para que la población siga acudiendo a tomar nuestros servicios con la mayor seguridad y confianza.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Según la estadística se deduce que: Durante el II y el I trimestre de 2023 se presentaron 43 partos intrahospitalarios (correspondientes al 100%), de los cuales en el II trimestre se registró 18 casos (42 %), y en el I trimestre se registraron 25 casos (58 %). Se observó una disminución en cuanto a la incidencia de partos en aproximadamente el 16% (7 casos).

 <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 218 de 262

- **Hospital San Francisco de Fortul:** Según los análisis y estudios estadísticos en el segundo trimestre del presente año se realizó la atendida de 15 parto presentando un aumento del 36.36% respecto al trimestre anterior este aumento se debe a que la mayor parte de las gestantes ingresadas eran embarazo de bajo riesgo y se pudieron atender en nuestra institución y las de alto riesgo se comentan a segundo nivel para la atención. De los partos atendidos no se presentó ninguna complicación en el recién nacido ni en la puérpera y si se hubiera complicado alguna usuaria durante la atención, la institución cuenta con personal calificado y entrenado para manejar la situación y equipo disponible de referencia para el traslado de paciente a segundo nivel de atención, se brinda educación a la madre sobre la importancia de la lactancia materna, signos de alarma para traer al recién nacido de inmediato al médico y la importancia de la planificación familiar; en la institución se atendió a las maternas con calidad, seguridad, oportunidad y atención humanizada y utilizando todas las medidas de protección personal y así mitigar el contagio por covid 19 y las IAAS.
- **Hospital San Juan de Dios de Rondón:** Durante el trimestre se presentó un total de 3 partos correspondientes a un 100%, encontrando que el 66% de los mismos fueron durante el mes de mayo y el mes de menor registro fue junio donde no se presentó ningún parto.
- **Hospital San José Cravo Norte:** Durante el trimestre no hubo ningún parto.

3.6 INFORME GESTION APOYOS DIAGNOSTICOS

❖ EXAMENES DE LABORATORIO:

En toda nuestra **RED ESE MORENO Y CLAVIJO**, las pruebas de laboratorio examinan muestras de sangre, orina o tejidos corporales. NUESTROS bacteriólogos realizan un trabajo continuo que se direcciona a la necesidad de un diagnóstico oportuno, ellos analizan las muestras para determinar si los resultados están dentro de los límites normales. Los análisis usan un rango de valores porque lo que se considera normal varía de una persona a otra, 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 en comparación con los trimestres ya cumplidos del año en curso:

HOSPITALES- CENTROS DE SALUD	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	21.840	17.610
Hospital San Antonio de Tame	33.118	53.716
Hospital San Lorenzo de Arauquita	42.355	42.254
Hospital San Ricardo Pampuri	12.016	11.335
Hospital San Juan de Dios	5.164	2.874
Hospital San José de Cravo N	4.452	1.016

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 219 de 262

Centro Salud de Panamá de Arauca	2.393	2.215
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	3.030	2.939
TOTAL	121.975	133.959

Fuente: Informes de Gestión Instituciones

- **Hospital San Francisco de Fortul:** Se cuenta con insumos y equipos biomédicos necesarios para la prestación del servicio a tendiendo la demanda de pacientes que acuden a la institución. El personal de laboratorio trabaja de forma articulada con las demás áreas que realizan canalización de pacientes a los diferentes programas de PyM, brindando un servicio oportuno y con calidad.
Durante el segundo TRIMESTRE del año 2023 se observa que la cantidad de laboratorios realizados fueron un total de **17.610** procedentes de los diferentes servicios (HOSPITALIZACION, URGENCIA, CONSULTA EXTERNA).
- **Hospital San Antonio de Tame:** Para este 2 trimestre del año 2023 hubo **LOGROS** El laboratorio Clínico dentro del “proyecto Piloto de Eliminación de Barreras para la Enfermedad de Chagas” en el mes de septiembre del año 2020 se empezó a procesar pruebas de ELISAS para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas, en el segundo trimestre se procesaron 183 muestras provenientes de los municipios de Puerto Rondón, Fortul y de Tame. De forma paulatina y como plan de mejora al diagnóstico oportuno se han venido implementando otras pruebas inmunológicas de apoyo diagnóstico como la prueba rápida para Malaria, Prueba rápida para, Panel multidrogas, Prueba rápida Hepatitis C, Prueba rápida IgM hepatitis A, Troponina cualitativa. Se busca contar con un portafolio de pruebas que se requieren en el área de urgencias, y que permiten un diagnóstico oportuno para un manejo más rápido de los pacientes. Es de recalcar que estas pruebas debido a su fundamento son pruebas de tamizaje.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Para el segundo trimestre del año 2023 se observa una disminución decreciente en la producción con un total de **42254** exámenes procesados durante el segundo trimestre del año. Se observa un aumento creciente en los exámenes procesados en el servicio de urgencias con respecto al primer trimestre. En el segundo trimestre se envían a procesamiento de exámenes especializados 96 muestras, esto para dar cumplimiento a la subcontratación de especializados con Biosamar. Se envían 17 muestras para análisis de **TSH** neonatal a el laboratorio fronterizo y Biosamar, una disminución con respecto al primer trimestre del año.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** De acuerdo al comportamiento presentado en el laboratorio clínico del HSRP durante el segundo trimestre del año 2023, se evidencia que el servicio que más exámenes solicitó fue el programa **PYM** con un total de 4.462, discriminándose de la siguiente manera Abril (1242), Mayo (1748), y Junio (1472) procedimientos realizados; mientras que el área de menor producción fue **HOSPITALIZACIÓN** con 362 exámenes de laboratorio distribuyéndose de la siguiente manera Abril (75), Mayo (163) y Junio (124); en el servicio de **URGENCIAS** se evidencio

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 220 de 262

un total de 3296 presentándose en Abril (892), Mayo (1317) y Junio (1087) y en **CONSULTA EXTERNA** se evidencio que se realizaron 3215 laboratorios, en Abril (1006), Mayo (1243) y Junio (966), para un total de exámenes realizados en los diferentes servicios de **11.335** para el segundo trimestre. En general, al comparar el total del número de exámenes de laboratorio realizados en el primer trimestre y el segundo trimestre del año 2023; se puede evidenciar una disminución de 681 procedimientos realizados en el laboratorio del HSRP para el actual trimestre vigente.

- **Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el trimestre se procesaron 5975 muestras, de las cuales el 43% fueron procesadas para el área de PYM; siendo el de mayor porcentaje. El 38% se procesaron para el servicio de urgencias y el 2.43% en hospitalización siendo el de menor prevalencia.
- **Centro de Salud Juan Jesús coronel:** En la tabla anterior observamos el total de los exámenes realizados cada mes en todos los servicios, quedando mensualmente desglosado de la siguiente forma:
 - ABRIL: URGENCIAS 72, PyM 118 y C EXT. 441.**
 - MAYO: URGENCIAS 165, PyM 478 y C EXT. 603. JUNIO: URGENCIAS 133, PyM 357 y C EXT 572.**

Según informacion observamos que la produccion de laboratorio en el servicio de urgencias aumento en comparacion del trimestre pasado esto se debe a que ya hay medico en el servicio, en los servicios de pym bajo con un total del trimestre de 953, pero consulta externa si presento un gran aumento con un total de 1.616, procedimientos de laboratorios.se sigue manejando la misma estrategia que cuando el paciente viene a sacar cita para consulta externa, se canaliza y se le realizan los exámenes del programa y pasan a la cita con el medico, con sus resultados a la mano.
- **Centro de Salud Panamá de Arauca:** Se brinda el servicio de laboratorio de acuerdo a la disponibilidad de agenda para las citas, teniendo en cuenta que se debe brindar una atención integral al usuario, para el segundo trimestre se brindó el servicio de 2215 procedimientos. De los cuales 1495 fueron las para las diferentes rutas de PYM, 35 procedimientos para particulares, 60 procedimientos para el servicio de urgencias y 625 para consulta externa. Teniendo en cuenta que el proceso se cuenta únicamente con el profesional de bacteriología sin apoyo de auxiliar, se solicita la contratación de personal de apoyo con el fin de lograr cumplir mayor nivel de metas en los programas de PYM.
- **Hospital San José de Cravo Norte:** En el 2 trimestre del 2023 se contó con una realización de 1.016 procesamiento. A comparación con el primer trimestre hemos disminuido la cantidad de exámenes de laboratorio clinico debido a que en el mes de abril solo contamos con profesional de bacteriología hasta el día 14 de dicho mes, el resto de mes no hubo profesional, durante el mes de mayo tuvimos profesional de bacteriología por lo tanto los exámenes se mantuvieron en su nivel y durante el mes de

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 221 de 262

junio no contamos nuevamente con profesional de bacteriología pero se está trabajando con un plan de contingencia con el laboratorio del Hospital San Juan de Dios el cual nos ha prestado el apoyo y se ha podido superar un poco la demanda de exámenes.

❖ 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 1 trimestre del 2023, en una totalidad de 7.458 y para el 2 segundo trimestre se observa 8.574 un aumento razonable con proyección de diagnósticos oportunos tanto para los servicios de urgencias, hospitalización y Consultas Externas.

HOSPITALES- IMÁGENES DX	TOTAL, I TRIMESTRE 2023	TOTAL, II TRIMESTRE 2023
Hospital San Francisco de Fortul	1.807	1.636
Hospital San Antonio de Tame	2.551	4.037
Hospital San Lorenzo de Arauquita	1.917	1.569
Hospital San Ricardo Pampuri	595	594
Hospital San Juan de Dios de Puerto R	392	537
Hospital San José de Cravo N	198	201
Centro Salud de Panamá de Arauca	0	0
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	0	0
TOTAL	7.458	8.574

Fuente: Informes de Gestión Instituciones

Análisis:

- ✓ **Hospital San Antonio de Tame:** Se observa un incremento paulatino en el número de estudios de rx, a través de los tres periodos mensuales en el último trimestre de la vigencia 2023.
- ✓ **Centro de Salud de Panamá:** El servicio de Imágenes no se encuentra habilitado en centro salud Panamá.
- ✓ **Centro de Salud Juan Jesús coronel:** Este servicio no se encuentran disponible en este centro.
- ✓ **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** La tabla nos muestra una disminución en el segundo trimestre del año en curso de 18.2%, en la prestación de procedimientos en el área de radiología e imágenes diagnósticas, es de mencionar que cuando hay jornada de mamografías el servicio de radiología solo por el servicio de urgencias, disponibilidades son oportunas al llamado por lo que los médicos de urgencias han hecho un uso más significativo del servicio los fines de semana.
- ✓ **Hospital San Francisco de Fortul:** En el trimestre II del 2023 se realizaron un total de 1636 radiografías, de las cuales 1262 se realizaron por el servicio de consulta externa

 <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 222 de 262

correspondiendo al 77 %, siendo este el ámbito por donde más se solicitan estos procedimientos, seguido con 360 radiografías el servicio de urgencias con el 22%, continuando con el área de hospitalización con 14 radiografías siendo un 1 % del uso total de servicio de imágenes diagnósticas;

- ✓ **Hospital San Ricardo Pampuri:** Durante el segundo trimestre del 2023, se atendieron pacientes de los diferentes servicios a continuación se evidencia en la tabla la relación y En comparación con el primer trimestre se observa que la disminución fue mínima en cuanto la atención de los pacientes.
- ✓ **Hospital San Juan dios Rondon:** Durante el II trimestre del 2023 se realizaron 537 estudios de imágenes diagnosticas. El 41 se realizaron durante el mes de mayo, siendo el mes en que mas estudios se realizaron. Durante el mes de abril se realizaron el 37% de los estudios siendo junio el mes de menor cantidad con un 21 % sobre la totalidad de imágenes tomadas durante el trimestre.
- ✓ **Hospital San José Cravo Norte:** En base a los datos recopilados en la tabla anterior del II trimestre del servicio de radiología se evidencia en comparación con el I trimestre es igual, se atiende según la demanda de consulta externa y urgencias, el enfoque principal es el cumplimiento de metas por lo que se centró en aquellos programas en donde habían falencias principalmente para lograr el cumplimiento en lo posible de las metas propuestas por la ESE para 2023.

En el 2 trimestre del 2023, se observa un alto fluido del servicio de apoyos diagnósticos de Rayos X, para lo cual se relaciona con las patologías de la ola invernal, también dando la claridad que para los **2 centros de salud Centro de Salud Panamá de Arauca y Centro de Salud Juan Jesús coronel** adscritos de la **ESE MORENO Y CLAVIJO** no se cuenta con la oferta del servicio.

❖ TERAPIA RESPIRATORIA

PRODUCCIÓN NUMERO SESIONES TERAPIA RESPIRATORIA	1 TRIMESTRE 2023								2 TRIMESTRE 2023							
	CSJ JC	C S P A	HS TA	H S J D	H S F F	H S J C N	HS RP	H S L A	C S J C	CS PA	H S A T	H S J D	H S F C N	H S J R P	HS LA	
SUB TOTAL	0	0	45 0	1	0	4	61 2	1 6 2	0	0	5 1 6	0	0	1 8 2	3 6 2	79
TOTAL, POR TRIMESTRE	1.785								975							
SUMATORIA POR TRIMESTRE	2760															
ANALISIS: Se observa afluencia en el servicio de algunas instituciones debido al aumento de cambios climatizados hay a los picos patológicos generados por lo anterior descrito.																

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 223 de 262

Análisis: Se conoce como terapia respiratoria a una especialidad que se enfoca en tratar, prevenir y mejorar las capacidades respiratorias de cada paciente. El objetivo primordial que sigue es fortalecer los músculos que intervienen durante la respiración. Para este 2 trimestre fueron 975 terapias respiratorias se observa disminución de acuerdo a la derivación de rehabilitación ambulatoria.

- **Hospital San Francisco de Fortul, Hospital San Juan de Dios Rondón y 2 Centro de Salud (Panamá- Jordán):** Según los datos estadísticos en el segundo trimestre del 2023, en el área de terapia respiratoria, no se realizaron terapias respiratorias en los diferentes servicios de la institución siguiendo lineamientos contractuales con las diferentes EAPB que hacen presencia en la región. Se hace énfasis a los usuarios que son atendidos en el consultorio en el distanciamiento social, lavado de manos con frecuencia, uso de tapabocas siempre.
- **Hospital San Antonio Tame:** En la tabla anterior se observa un aumento significativo en el número de terapias respiratorias realizadas en el último trimestre, el 18 % de las terapias fueron realizadas en el mes de abril, en mayo un 35% y en junio un 47%. Existe una diferencia entre el informe que se genera de manera manual y el informe realizado con base realizado en el sistema SALUD 360, en donde se observa que las cantidades de las actividades son mayores en el informe manual.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** En el análisis del primer y segundo trimestre de años 2023 se puede observar que: comparando el primer y segundo trimestre de años 2023 la mayor producción se presentó en el primer Trimestre con un 60% seguido del segundo trimestre con un 40% el medico de consulta externa Diofanor Peña y Diego Fabian Cagua, son los que realizaban canalización para el área ya se encuentra en otras actividades de PyM. Cabe resaltar que en este Segundo trimestre nos autorizaron unas terapias de Nueva Eps en paciente hospitalizado.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el segundo trimestre del año 2023, se realizaron 362 procedimientos de terapia respiratoria, donde se evidencian en el mes de Abril (12), Mayo (31) y Junio (8) para el servicio de hospitalización y para Consulta Externa se atendieron en Abril (8), Mayo (16) y Junio (17), además se realizaron Nebulizaciones en Abril (60), Mayo (124) y Junio (96). En relación con el primer trimestre en el área de terapia respiratoria, se evidencia disminución de los procedimientos en un 60.8% al igual que los procedimientos de terapia fisca, la EPS, NUEVA EPS Y LA ESE MYC, no tiene contratado los servicios de terapia respiratoria.
- **Hospital San José Cravo Norte:** En el II trimestre se realizaron 7 terapias respiratorias (MNB), en el mes de JUNIO aumento 3 en comparación con los

 <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 224 de 262

otros meses, estas se realizan en el área de urgencias según requerimiento por los usuarios.

❖ TERAPIA FÍSICA

TERAPIAS FISICAS			
	HOSPITALES- CENTROS DE SALUD	1 TRIMESTRE 2023	2 TRIMESTRE 2023
1	HSFF- FORTUL	691	361
2	HSRP- ESMERALDA	430	397
3	HSTA- TAME	235	184
4	CSPA- PANAMA	0	0
5	CSJJC- PTO JORDAN	0	0
6	HSJD- RONDON	211	366
7	HSJCN- CRAVO NORTE	194	18
8	HSLA- ARAUQUITA	1.037	1.147
TOTAL		2.798	2.473

Análisis: En el (II) trimestre de 2023, según las gráficas de la estadística se observa 2.473 sesiones, en la ESE departamental moreno y Clavijo, La fisioterapia, también conocida como terapia física, es una disciplina de ciencias de la salud que ofrece tratamiento y rehabilitación física para diagnosticar, prevenir y tratar síntomas. Este se enfoca en mejorar las habilidades motrices finas y gruesas, el equilibrio, la coordinación, la fuerza y la resistencia. Las habilidades motrices gruesas incluyen actividades que utilizan los músculos más grandes del cuerpo, como rodar, caminar, correr o saltar.

- **Hospital San Antonio Tame:** Existe una diferencia entre el informe que se genera de manera manual y el informe realizado con base realizado en el sistema SALUD 360, en donde se observa que las cantidades de las actividades son mayores en el informe manual.
- **Hospital San Francisco de Fortul:** En el (II) trimestre de 2023, según las gráficas de la estadística se observa 361 sesiones, en el área de terapia física, se observa un descenso en la producción de este servicio con respecto al primer trimestre del año 2023, en el segundo trimestre se aumentó la asistencia de los usuarios de la EPS sanitas y la nueva EPS del régimen subsidiado y régimen contributivo a fisioterapia, debido a que no están atendiendo usuarios en las IPS del municipio de fortul por ende están autorizando la atención de usuarios al hospital san francisco por eso se ve reflejado en las estadísticas mensuales, en el mes de marzo y abril se observa disminución de la producción del servicio por que se hizo énfasis en la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, teniendo en cuenta la resolución 113 de 2020, por la cual se dictan

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 225 de 262

disposiciones y sus anexos técnicos del ministerio de salud y la protección social en el municipio de Fortul , Las actividades se ejecutaron en el periodo comprendido entre los días 29 de marzo y 19 de abril, se realizó la atención de 142 usuarios. Es importante aclarar que los usuarios atendidos de la EPS sanitas es un servicio capitado, se atienden usuarios de SOAT pero los usuarios son muy ocasionales, se espera mejore la contratación para el servicio de fisioterapia los próximos meses del año, se hace énfasis en la atención humanizada con calidad, seguridad, auto-cuidado, responsabilidad, garantizando la satisfacción de los usuarios que asisten a fisioterapia por parte del profesional que brinda los servicios de salud.

- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** En el análisis del primer y segundo trimestre del año 2023, se puede observar que: Comparando el primer y segundo trimestre del año 2023 el mayor flujo de pacientes fue en el segundo trimestre representados en un 53%, mientras que el primer trimestre obtuvo un 47%. Al observar estos dos primeros trimestres se puede evidenciar que el mayor número de terapias físicas es por el servicio de consulta externa con un 100% respectivamente.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el segundo trimestre del año 2023 se realizaron 397 procedimientos. Según la comparación que se realiza con el primer trimestre en el área de terapia física y rehabilitación se evidencia disminución de los procedimientos en un 92.3 %. Algunos de los factores que influyen en la prestación del servicio es por ejemplo, la falta de contratación por parte de la ESE MYC con la EPS NUEVA EPS; de manera contraproducente estos pacientes deben trasladarse hacia la cabecera municipal para recibir el tratamiento, en algunos casos desisten de estos procedimientos por escasez de la economía para los desplazamientos. Debemos añadir que nuestra población del área rural y urbana en un 80% aproximadamente pertenece a la EPS NUEVA EPS.
- **Hospital San Juan de Dios:** El 36% de las terapias físicas realizadas durante el trimestre se realizaron durante el mes de junio, durante el mes de abril se realizaron 35% y el 28% durante el mes de mayo.
- **Hospital San José Cravo Norte:** En el II trimestre se realizaron 18 terapias físicas, en el mes de marzo disminuyó la cantidad en comparación con los otros meses porque no se ordenaron por los médicos pacientes para este procedimiento, contamos con un profesional contratado 15 días por mes.

INDICADORES EVALUADOS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 226 de 262

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
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.

Análisis 2 Trimestre: Tuvimos un total **103** de las acciones inseguras realizadas para este 2 periodo del año 2023 esta información fue recolectada de la plataforma institucional, durante este periodo se contó con 4 incidentes, 2 eventos adversos distribuidos así:

Para abril con 1 incidente protagonizado con hecho de denuncia en la oficina de personería municipal de Fortul a la vez agregado a reingreso en el servicio de urgencias, agregada al Hospital San Francisco de Fortul este incidente atribuido a la Eps Sanitas. Durante el mes de mayo fueron categorizadas como incidentes por nuestra institución, 1 relacionado con error de digitación en historia clínica atribuido al hospital san Antonio de Tame en el servicio de urgencia de la Eps Coosalud, y el otro está relacionado con una alergia por medicamento metronidazol atribuido al Centro de Salud de Puerto Jordán en el servicio de urgencia, y en el mes de junio se contó con evento adverso relacionado con los indicadores 256 de 2016, fue un reingreso para el servicio de urgencia en menos de las 72 horas en el Hospital San José Cravo norte de nueva Eps, y 2 incidente sin atribución solo de revisión que fue 1 error de nombre de profesional digitador y 1 accidente con usuario en el servicio de referencia y contra referencia para Eps Coosalud. Todas estas acciones inseguras se les realizó investigación y respectiva herramienta de cumplimiento las cuales generaron planes de mejoramiento con fecha de seguimiento.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 227 de 262

LOGRO PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Se adquirieron las manillas y tableros de identificación más el protocolo de identificación el cual es de gran importancia para su aplicación continua y adecuada,
- Se da el cumplimiento a los comités generales de análisis y propagación el cual se encuentra establecido a inicio de 2023.
- Se da continuidad a las socializaciones según el cronograma.
- Resocialización de la política de seguridad del paciente.

3.7 INFORME GESTION REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Las cifras para el II 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.

	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	18	15	22	55
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	43	34	34	111
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	17	19	13	49
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	36	57	23	116
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	100	98	103	301
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	243	244	312	799
HOSPITAL SAN FRANCISCO	91	79	90	260
TOTAL	548	546	597	1691

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 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 Segundo trimestre hubo un promedio de 1691 remisiones a diferentes hospitales.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 228 de 262

3.8 INFORME GESTIÓN FARMACIA Y APOYO TERAPEUTICO.

➤ **ADQUISICIÓN POR COMPRAVENTA Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y MONOPOLIO DEL ESTADO PARA EL II TRIMESTRE DEL AÑO 2023.**

Se realiza adquisición por suministro de Medicamentos Esenciales y Medicamentos Monopolio del Estado, 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	II TRIMESTRE 2023	
Tipo de Contrato:	COMPRAVENTA	SUMINISTRO
No de Contrato:	002-0020 de 2023	003-0032 de 2023
Contratista:	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA	DANGROUPS DISTRIBUCIONES SAS
Representante Legal:	ERIKA PARALES PEREZ	CELMIRA CEDEÑO MEDINA
Valor del Contrato:	SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTI OCHO MIL PESOS ML/CTE (\$6.228.000).	CUATROCIENTOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS ML/CTE (\$400.999.464).
Objeto del Contrato:	ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS MONOPOLIO DE CONTROL ESPECIAL DE USO HUMANO Y RECETARIOS OFICIALES, PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE 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.

Para el segundo semestre del año en curso no se realizó adquisición de Material médico quirúrgico, debido a que este rubro no cuenta con presupuesto, se cuenta con el apoyo de las Eses, Hospital San Vicente y Sarare para suplir algunas necesidades faltantes como Jelcos y Buretroles. Se cuenta con un stock para respaldar la demora de la compra.

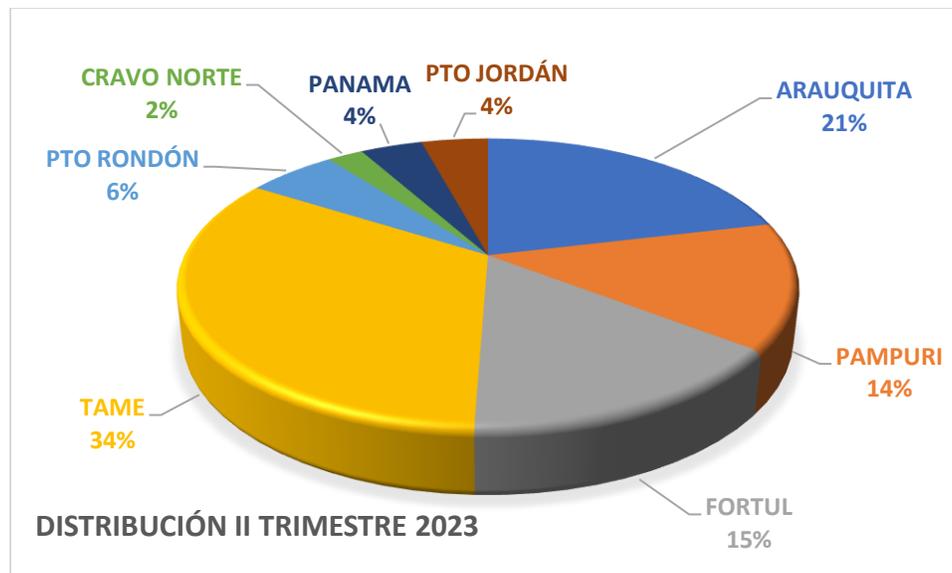
➤ **DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO - SEDE CENTRAL.**

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	ABRIL	MAYO	JUNIO	Total
1	ARAUQUITA	\$ 33.162.377	\$ 35.854.893	\$ 43.246.704	\$ 112.263.974

2	PAMPURI	\$ 20.039.731	\$ 28.446.036	\$ 26.525.987	\$ 75.011.754
3	FORTUL	\$ 30.922.084	\$ 25.114.712	\$ 23.866.973	\$ 79.903.769
4	TAME	\$ 57.803.815	\$ 58.934.695	\$ 59.711.896	\$ 176.450.406
5	PTO RONDÓN	\$ 9.462.260	\$ 8.503.730	\$ 11.846.062	\$ 29.812.052
6	CRAVO NORTE	\$ 1.450.006	\$ 2.602.000	\$ 7.869.487	\$ 11.921.493
7	PANAMA	\$ 4.891.407	\$ 5.799.508	\$ 9.941.427	\$ 20.632.342
8	PTO JORDÁN	\$ 9.542.690	\$ 4.171.598	\$ 8.484.208	\$ 22.198.496
Total, Distribución					\$ 528.194.286

Cuadro No 1

Según cuadro No 1 se realizó distribución según necesidades de cada Hospital y Centro de salud de la red hospitalaria para el II cuatrimestre, por un valor de \$ 528.194.286 para medicamentos y dispositivos médicos, se evidencia en la gráfica No 1, que el Hospital San Antonio de Tame genera un porcentaje del (34%), lo anterior es directamente proporcional al consumo y la facturación realizada durante el trimestre, 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, seguidos están los Hospitales de San Lorenzo de Arauquita con un (21%) y San Francisco de Fortul con un (15%) 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.



Grafica No 1

➤ **SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA.**

Este seguimiento se realiza de manera mensual al programa de Farmacovigilancia que se maneja en la Institución, 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 el II trimestre 2023.

Municipios	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Pampuri	2	0	0	2
Fortul	0	1	1	2
Tame	1	0	0	1
Pto Rondón	1	1	1	3
Cravo Norte	0	1	0	1
Pto Jordán	0	1	1	2
Total, de Reportes				11

Cuadro No 2



Grafica No 2

Para este II trimestre se realizó un total de 11 reportes de Eventos Adversos relacionados con medicamentos de los cuales 7 fueron para Sanitas EPS y 4 para Nueva EPS, se realizó

 <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 231 de 262

respectivo análisis a cada caso por la Líder del programa de Seguridad al Paciente como recomendación se deja que el personal asistencial debe tener en cuenta y claro los 10 correctos que tiene establecido la Institución para mitigar este tipo de reportes. Además de continuar implementando la búsqueda de reportes por parte del personal de farmacia, dando cumplimiento a la Farmacovigilancia Activa, se reitera el 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 los mismos.

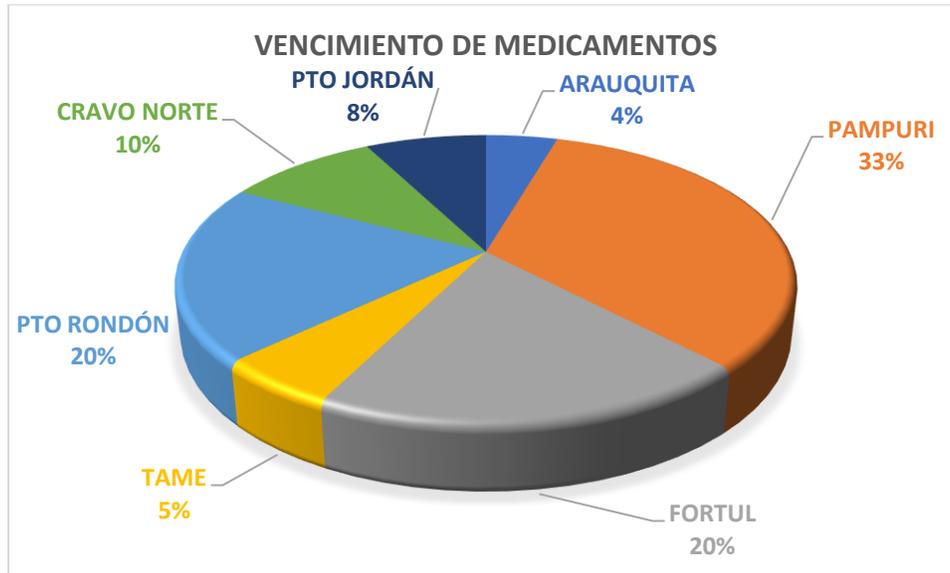
➤ **SEGUIMIENTO A LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS VENCIDOS DE LA RED HOSPITALARIA.**

Los Hospitales y Centros de salud adscritos a la ESE Departamental Moreno y Clavijo, realizan de manera mensual seguimiento y control mediante metodología de semaforización establecida por la Institución según fechas de vencimiento, con el fin de minimizar bajas de medicamentos y dispositivos médicos ya sea por vencimiento o averías.

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	ABRIL	MAYO	JUNIO	Total
1	ARAUQUITA	\$ 61.500	\$ 323.992	\$ 143.000	\$ 528.492
2	PAMPURI	\$ 1.182.988	\$ 1.657.149	\$ 1.079.864	\$ 3.920.001
3	FORTUL	\$ 2.177.002	\$ 58.380	\$ 64.224	\$ 2.299.606
4	TAME	\$ 39.000	\$ 415.484	\$ 190.234	\$ 644.718
5	PTO RONDÓN	\$ 104.021	\$ 347.194	\$ 1.877.736	\$ 2.328.951
6	CRAVO NORTE	\$ 347.382	\$ 460.268	\$ 321.884	\$ 1.129.534
7	PTO JORDÁN	\$ 123.480	\$ 495.220	\$ 276.252	\$ 894.952
Total, Vencidos					\$ 11.746.254

Cuadro No 3

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 232 de 262



Grafica No 3

Se puede observar en la gráfica anterior que el Hospital de San Ricardo de Pampuri con un 33% fue quien más generó bajas de medicamentos y dispositivos médicos seguido de los Hospitales San Francisco de Fortul y Puerto Rondón ambos con un 20%. Esto debido a que se realizó baja a unos insumos recibidos en donación la vigencia pasada (2022), y pese a la rotación generada en toda la red, se dio de baja a un valor bastante elevado, comparado al trimestre pasado.

1. ACTIVIDADES A DESARROLLAR: RESULTADOS – CONCLUSIONES.

➤ HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

- Durante el II trimestre del año 2023, se venido avanzando en cuanto al mejoramiento de la infraestructura de la institución, como es el mejoramiento de paredes, impermeabilización de la viga canal del techo de diferentes áreas, recuperación de espacios
- 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 mensualmente un comité con la asociación de usuarios, donde se evalúa la atención de los mismos para idear propuestas de mejora en cuanto a la atención.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 233 de 262

Atención de la población distante del Municipio de Arauquita y zonas de influencia:

Se llevó a cabo brigadas de salud institucional a las zonas más alejadas y de difícil acceso de nuestra área de influencia como es la Vereda Pesquera, arenosa, Panamá, santa Isabel, la conquista y caña brava. El cual se captaron usuarios para programas de Promoción y Prevención. Ya que se brindaron los siguientes servicios: Higiene oral, Crecimiento y desarrollo, higiene oral, odontología, medicina general, y entrega de medicamento.

➤ **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

Conclusiones

- Se evidencia un aumento en el porcentaje de cumplimiento de los indicadores de con todas las EPS, en comparación con el primer trimestre encontrándose cumplimientos óptimos.
- 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 97%, 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.
- Disminuyeron notablemente los partos dentro de la institución, dado que la mayoría son remitidos.
- Se realizaron procedimientos quirúrgicos dentro de la institución

➤ **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.

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**

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 234 de 262

Conclusiones

- Durante el segundo trimestre de 2023, el Hospital San Antonio de Tame ha trabajado arduamente para cumplir con los objetivos establecidos y brindar servicios de calidad. Se han logrado resultados positivos en diversas áreas de la institución, evidenciando progreso en la prestación de servicios de salud.
- En cuanto a la demanda y dispensación de medicamentos, se han observado cambios, como una disminución en los medicamentos solicitados y despachados en consulta externa, pero un aumento en urgencias, planificación familiar y hospitalización.
- En el área de odontología e higiene oral, se ha registrado un aumento en la producción durante el segundo trimestre.
- El hospital también ha enfrentado diferentes eventos de interés en salud pública, como el manejo de casos de COVID-19, dengue, agresiones por animales transmisores de rabia, violencia de género e intrafamiliar, desnutrición en menores de cinco años y sífilis gestacional. Se han implementado medidas preventivas, capacitaciones y tratamientos para abordar estas problemáticas y garantizar el bienestar de la comunidad.
- En general, se ha observado un aumento en el número de usuarios atendidos y procedimientos realizados en comparación con el primer trimestre de 2023. El hospital ha trabajado en la implementación de un nuevo software de salud y se realizará un seguimiento para evaluar la pertinencia de solicitudes adicionales de exámenes y controles por parte de los médicos.
- En resumen, el Hospital San Antonio de Tame ha logrado avances significativos en el cumplimiento de sus objetivos, ofreciendo servicios de calidad y enfrentando los desafíos de salud pública de manera efectiva.

Recomendaciones

- Capacitar periódicamente al personal en el uso adecuado de equipos e implementos de laboratorio, así como también personal del servicio de urgencias en equipos del servicio con especial énfasis en el ingeniero biomédico.
- Continuar trabajando en conjunto con diferentes entidades y organizaciones comunitarias para fortalecer los programas de salud a través de brigadas.
- Contar con un equipo interdisciplinario completo para realizar actividades y cumplir con las metas establecidas.
- Establecer metas claras y medibles para cada área o departamento del hospital, para evaluar el progreso y el cumplimiento de objetivos.
- Realizar análisis de tendencias, comparando los resultados actuales con períodos anteriores para identificar patrones y áreas de mejora.
- Destacar y compartir buenas prácticas implementadas en el hospital que hayan generado resultados positivos.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 235 de 262

- Mantener una cultura de mejora continua, revisando y ajustando los procesos y enfoques de manera periódica.

Anexos



➤ HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL

Acciones realizadas:

- 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 236 de 262

- Se realizan comités semanales para evaluar la facturación y corregir falencias en historias clínicas y se les informa los profesionales.
- 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.
- 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.

➤ **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 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 237 de 262

- Se realizan los respectivos reportes de eventos adversos farmacovigilancia, y seguridad del paciente.

➤ **CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL – PUERTO JORDAN**

Conclusiones:

- 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.
- Podemos observar que para este segundo trimestre en el servicio de urgencias la producción subió debido a que ya contamos con un médico en el servicio, esto generando mejores atenciones a los usuarios, aunque hemos presentado algunos inconvenientes porque el medico de SSO trabaja 22 días seguidos y descansa 8 días, estos días son complicados porque nos quedamos en servicio sin medico apoyándonos con Panamá, pero se requiere de otro médico para subsanar este inconveniente, ya se está haciendo la gestión por medio de una plaza rural.
- 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, tenemos una población muy alta para la atención para el siguiente mes contaremos con otro médico de consulta para subsanar un poco las atenciones en consulta externa y los ocho días en el servicio de urgencias.
- A partir del mes de junio ingreso una auxiliar para apoyo a PYM y demanda inducida esto va a generar mejor captación para los programas y así poder aumentar las metas y lograr el cumplimiento.

➤ **ANALISIS DE PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES:**

Durante el segundo trimestre del 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.

➤ **ANALISIS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**

Resultados

Durante el segundo 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 den Salud Pública que son Notificados en el Sistema de Vigilancia Nacional- SIVIGILA con una

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 238 de 262

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 publica 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.
- 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 hospitaria, 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 239 de 262

- ✚ 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.

➤ **PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- Se adquirieron las manillas y tableros de identificación más el protocolo de identificación el cual es de gran importancia para su aplicación continua y adecuada,
- Se da el cumplimiento a los comités generales de análisis y propagación el cual se encuentra establecido a inicio de 2023.
- Se da continuidad a las socializaciones según el cronograma.
- Resocialización de la política de seguridad del paciente.

4. INFORME JURIDICA

El presente informe fue elaborado con corte de 1 de abril a 30 de junio 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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 240 de 262

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 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.

INFORME DE GESTIÓN JURÍDICA

3.1 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 abril a junio de 2023, las cuales se describen a continuación

- El día 17 de abril del 2023, Se radico demanda ante los Juzgados Administrativos – Reparto, Medio De Control de **CONTROVERSIAS contractuales**, en contra de la empresa **BATEMAN INGENIERIA SAS - BIL SAS**, y el señor **LUIS ERNESTO CRIALES BETANCOURT**, los cuales conforman el **CONSORCIO HOSPITAL SAN JOSÉ C & B**

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 241 de 262

- El día 20 de abril del 2023, se radico contestación de demanda ante el **Juzgado Primero Administrativo De Arauca**, dentro del proceso de **Nulidad Y Restablecimiento Del Derecho** promovido por el señor **JORGE ANDRES NARANJO PERALES**.
- El día 20 de junio del 2023, radico contestación de demanda, ante el **Juzgado Primero Administrativo de Arauca**, dentro del proceso de **Nulidad Y Restablecimiento Del Derecho** promovido por la señora **ROSELIA MURILLO BUITRAGO**.

Se contestaron tres (3) tutelas antes los despachos judiciales de donde fueron interpuestas y admitidas posteriormente.

3.2 GESTIÓN DISCIPLINARIA,

Para el segundo trimestre de 2023, se dio apertura de dos (02) indagaciones preliminares

GESTION DISCIPLINARIA	ACTUACIONES	PERIODO
QUEJAS 2	INDAGACION PRELIMINAR	DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE

GESTIÓN CONTRACTUAL,

Para el segundo 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	9	2 TRIMESTRE

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 242 de 262

SUMINISTRO	8	2 TRIMESTRE
PRESTACION DE SERVICIO	13	2 TRIMESTRE
ARRENDAMIENTO	0	2 TRIMESTRE
OBRA	0	
SEGUROS	0	2 TRIMESTRE
CONSULTORIA	0	
TOTAL	30	

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%.

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 doce (12) derechos Peticiones, 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.

 <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 243 de 262

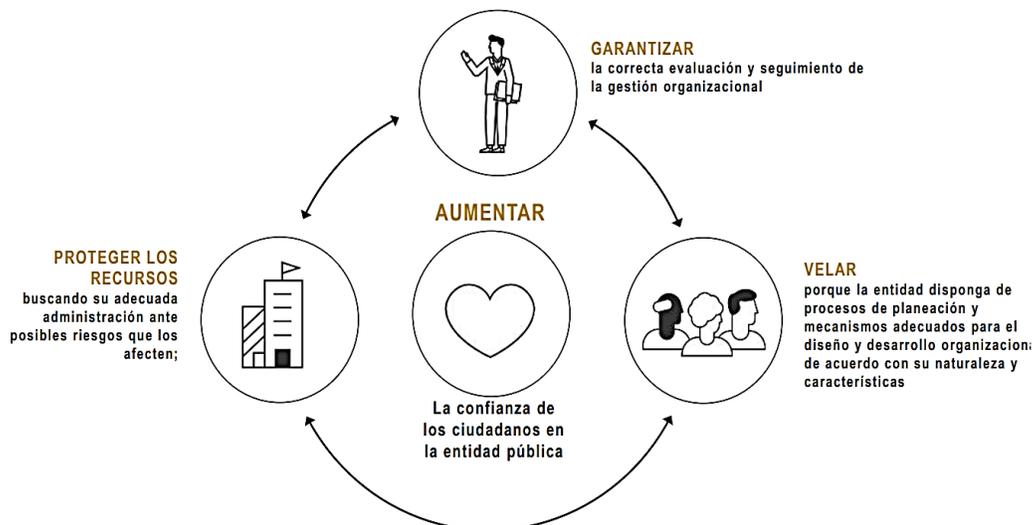
5. INFORME CONTROL INTERNO

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.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivos del Sistema de Control Interno



Actividades a desarrollar: la oficina de control interno cuenta con los siguientes roles:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 244 de 262

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 o potenciales que puedan retardar el cumplimiento de los objetivos de la entidad. Por lo anterior durante el periodo reportado 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 Austeridad del Gasto IV Trimestre 2022
Informe Evaluación del Sistema de Control Interno segundo semestre 2022
Informe de seguimiento III Trimestre 2022 al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
Informe de seguimiento I cuatrimestre 2023 al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
Informe de seguimiento Mapa de riesgos III trimestre 2022
Informe de seguimiento Mapa de riesgos I trimestre 2023

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 245 de 262

En cada uno de los informes presentados a gerencia y a CICCI se registraron importantes recomendaciones para mejorar la toma de decisiones de la alta gerencia.

- 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 periodo 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 y posteriormente seguimiento al Mapa de riesgos Institucional, primer cuatrimestre 2023.

- 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 a cada uno de los hospitales y centros de salud de la red de la ESE, donde se han realizado estas.

- Relación con entes externo de control

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 246 de 262

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.

Se realizó verificación a la estrategia de Rendición de cuentas efectuada el día 22 de junio de 2023 y se generó su respectivo informe de evaluación y seguimiento a esta, publicándolo en la web de la entidad.

Igualmente se recibió capacitación de preparación para presentar furag en el siguiente mes de julio 2023.

- 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 mensual 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, Hospital san Ricardo Pampuri y Hospital Cravo Norte, el cual se realizó virtualmente usando los medios tecnológicos.

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 247 de 262

Las actividades contempladas en el Plan de Acción para la vigencia 2023 y que se han venido cumpliendo según el cronograma, son las siguientes:

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

3. Resultados

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 248 de 262

A continuación, se evidencian las auditorías y/o informes presentados según plan de auditorías vigencia 2023:

TÍTULO DE LA AUDITORIA	OBJETIVO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
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						
Seguimiento y elaboracion de informes de presentacion internos y externos	Emi tr los controles de advertencia para aquellos procesos que puedan conducir a una extemporidad del informe y sancion por parte de los entes de control.						
Gestion Contractual (auditoria aleatoria a la etapa contractual/auditoria sistema integrado)	Verificar el cumplimiento de los controles internos diseñados y agregar valor a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades y para mejorar la eficacia del proceso)						
Procesos aleatorios y subprocesos: Hospital San Jose - Cravo Norte	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.						
Procesos aleatorios y subprocesos: Hospital San Juan de Dios	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.						
Procesos aleatorios y subprocesos: Hospital San Francisco de Fortul	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.						
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.						
Procesos aleatorios y subprocesos: Hospital San Ricardo Pampuri - La Esmeralda	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.						
Procesos aleatorios y subprocesos: Hospital San Antonio de Tame	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.						
Procesos aleatorios y subprocesos: Centro de Salud Panamá de Arauca	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.						

 <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 249 de 262

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 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.

En el mes de Julio 2023 se realizará la evaluación independiente del estado del sistema de control interno al primer semestre del 2023, donde se manifiestan debilidades y fortalezas de la entidad.

6.INFORME CALIDAD

INTRODUCCIÓN

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 Auditoria 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.

 <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 250 de 262

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:

- 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.

DESARROLLO DEL INFORME:

Actividades a desarrollar

Durante el segundo 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 Auditoria 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

 <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 251 de 262

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 actualizó 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.
- 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 contratados 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 acuerdo a lo establecido para el segundo 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.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC), Y SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA).

INFORME DE SEGUIMIENTO PAMEC DE 2023

INTRODUCCION

Considerando que dentro del plan de desarrollo 2020 – 2023 se estableció como programa - Arauca con Salud Confiable, en busca del mejoramiento continuo en la prestación de servicios de la E.S.E Departamental Moreno y Clavijo, se enfoca principalmente en los procesos de preparación hacia la acreditación, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, generando un plan de auditoría de mejoramiento de la calidad PAMEC 2023 con enfoque en los procesos de preparación hacia la acreditación en salud priorizados por la E.S.E, el cual logró un concepto favorable por parte de la UAE de Salud de Arauca.

 <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 252 de 262

El actual informe revela el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia 2023, a corte 30 de junio de la actual vigencia, donde se presentan un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución.

METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Departamental Moreno y Clavijo de Arauca actualmente cuenta con 4 grupos de proceso para la preparación en acreditación, los cuales han hecho mesas de trabajo y seguimiento a las actividades priorizadas en el PAMEC. Teniendo en cuenta las oportunidades de mejora de la autoevaluación en acreditación realizada en la vigencia 2023.

Inicialmente se realizó socialización en cada uno de los grupos de las acciones priorizadas en el PAMEC 2023 y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento por parte de la oficina de mejoramiento continuo trimestralmente.

3. ACCION DE MEJORA PAMEC 2023

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 72 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2023.

Estándar	Numero Estándar Priorizado	Número acciones de mejoras
PACAS- Deberes y derechos	1	4
PACAS-Seguridad de pacientes	2-5- 7	8
PACAS- Ambulatorio	3 – 5- 8 -24	15
PACAS-laboratorio	36 -39	8
PACAS- IPS en Red	19	3
Direccionamiento	21 - 23	7
Gerencia	28-89-97	7
Talento Humano	115	4
Ambiente Físico	123 -125	8
Gestión Tecnología	132	3
Gestión Información	142	2
Mejoramiento Continuo	159	3
Total		72

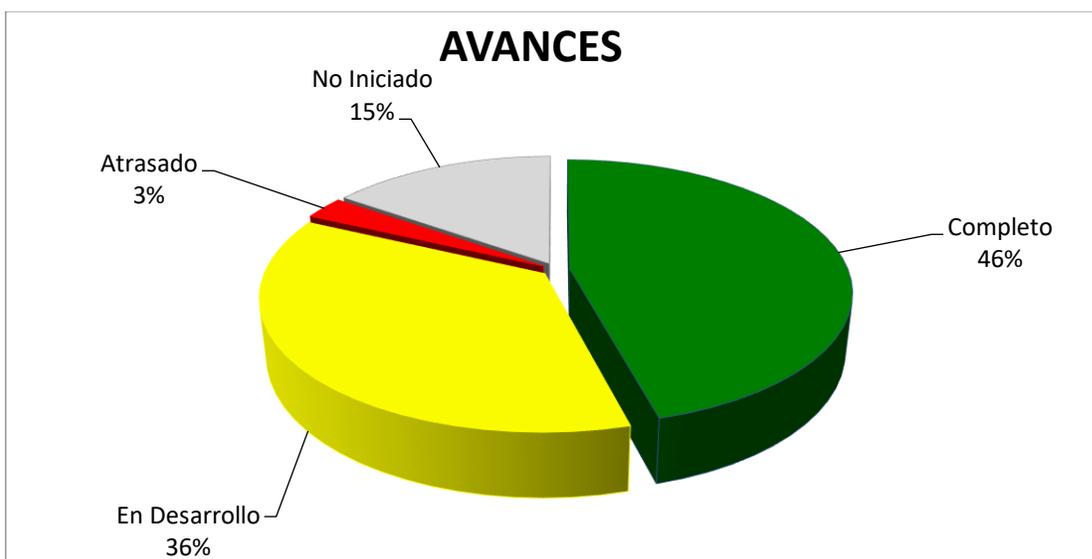
AVANCES Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2023

En la siguiente tabla se muestra a corte **30 de junio de 2023**, el estado de cada una de las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

De las 72 acciones de mejora programadas corresponde a los estándares de Deberes y derechos (4), Seguridad del paciente (8), Ambulatorio (15), Laboratorio (8), IPS en red (3), Direccionamiento (7), Gerencia (7), Talento Humano (4), Ambiente físico (8), Gestión tecnología (3), Gestión Información (2) y Mejoramiento (3).

SEGUNDO SEGUIMIENTO PAMEC JUNIO 30 DE 2023

Estado de Avances	Deberes y derechos	Seguridad del paciente	Ambulatorio	Laboratorio	IPS en Red	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente físico	Gestión tecnológica	Gestión Información	Mejoramiento Continuo	Total	% avances
Completo	1	3	8	3	1	4	5	2	3	1	1	1	33	45,83%
En Desarrollo	3	4	5	3	2	2	1	1	2	1	1	1	26	36,11%
Atrasado	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2,78%
No Iniciado	0	1	2	1	0	1	0	1	3	1	0	1	11	15,28%
Total	4	8	15	8	3	7	7	4	8	3	2	3	72	100,00%



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 254 de 262

A corte junio de 2023, la ejecución del PAMEC está en un 46 % de las actividades completas, en desarrollo está el 36 % y un 3% están atrasadas, un 15 % no han iniciado por cronograma

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 segundo 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 ATENCIÓN (EA)	<p>Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias</p>	<p>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)</p>	<p>Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado(Nt p)</p>	4.493	243	18,49	<p>El tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como triage 2 en el servicio de urgencias es de 18,49 minutos, lo que representa la oportunidad de la atención del usuario en la red hospitalaria de la ESE.</p>	<p>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 Segundo trimestre del año 2023 está en un tiempo de 18,49 minutos, se mantiene dentro los parámetros normales según la resolución No. 5596 de 2015. se trabaja con el personal medico y demás personal asistencial para ser oportunos en la atención de los usuarios por el área de urgencias..</p>	Elaboración Propia
	<p>Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS</p>	<p>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?"</p>	<p>Número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%)</p>	1.368	1.482	92,31%	<p>El porcentaje de usuarios satisfechos con la atención durante la prestación del servicio en la entidad es de 92,31 %, lo que representa el grado de calidad de la atención al usuario en esta entidad.</p>	<p>1. Total de pacientes encuestados fueron 1482. 2. Contestaron "Muy buena" y "Buena" 1368 usuarios contestaron la pregunta de satisfacción global. Los resultados obtenidos muestran que durante el segundo 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 y encontrándose por encima de la meta global expuesta en el manual SIAU de la entidad.</p>	
	<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>	37.950	25.340	1,50	<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 II trimestre de 2023 se asignaron 25340 citas se primera vez para el servicio de medicina general. 2. La oportunidad de cita de Medicina General está dentro del rango de los 3 días según la normatividad. 3, en las sedes hospitalarias adscritas a la ESE M&C se continua trabajando en ampliar canales para la asignación de citas lo que permite mejorar la accesibilidad y la oportunidad en estos servicios.</p>	

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 255 de 262

	<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>	9.798	9.243	1,06	<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 II trimestre se asignaron 9243 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>	0	2.748	0,000	<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 II trimestre fue de 2748 frente a una tasa de caídas de paciente de 0,0 se continua con las estrategias del programa de seguridad del paciente para que sean lo mas efectivas posibles y evitar que los usuarios del servicio de hospitalización sufran caídas.</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>	0	7.677	0,000000	<p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de URGENCIAS es de 0,0 Tcu.</p>	<p>no se presentaron caídas en el servicio de urgencias durante el II trimestre 2023, se intensifican estrategias en el programa de seguridad del paciente para evitar al caídas en este servicio.</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>	0	57.539	0,000	<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 II 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>	0	150.379	0,000	<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 II 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>	0	986	0,00%	<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>A pesar que en este trimestre no se presentaron eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el área de hospitalización, se 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>Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias</p>	<p>Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.</p>	<p>Total de personas atendidas en urgencias por 100 expresado como porcentaje (%).</p>	1	7.677	0,01%	<p>la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias es de 0.01%, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p>	<p>Ante los resultados de estos eventos adversos se establece un plan de mejoramiento enfocado en las practicas 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.</p>
	<p>Tasa de úlceras por presión</p>	<p>Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo</p>	<p>Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000</p>	0	2.748	0,00	<p>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</p>	<p>Ante los resultados de UPP se puede decir que las estrategias de la política de seguridad del paciente son buenas en la institución</p>

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 256 de 262

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 período por 100 expresado como porcentaje (%)	1	7.677	0,01%	El porcentaje de pacientes que reingresan por el servicio de urgencias menor 72 horas es 0,1%, lo que representa la pertinencia de la atención al usuario en esta entidad.	La proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias se encuentra dentro de los o parámetros establecidos según Sispro para el departamento está en 0,29 % y comparado el número de pacientes atendidos por este servicio, sin embargo, 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 las 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 los 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, preventivas y de mejora con su respectivo seguimiento, pasando por la realización conjunta de las Auditorías de Calidad y el control del producto / servicio No conforme, entre otras.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 257 de 262

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.

1. DESARROLLO DEL INFORME

1.1. Gestión de solicitudes de creación. Modificación y eliminación de documentos y formatos del SIG

Es así como en el segundo trimestre de la vigencia 2023 se revisaron, codificaron y aprobaron un total de 85 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.

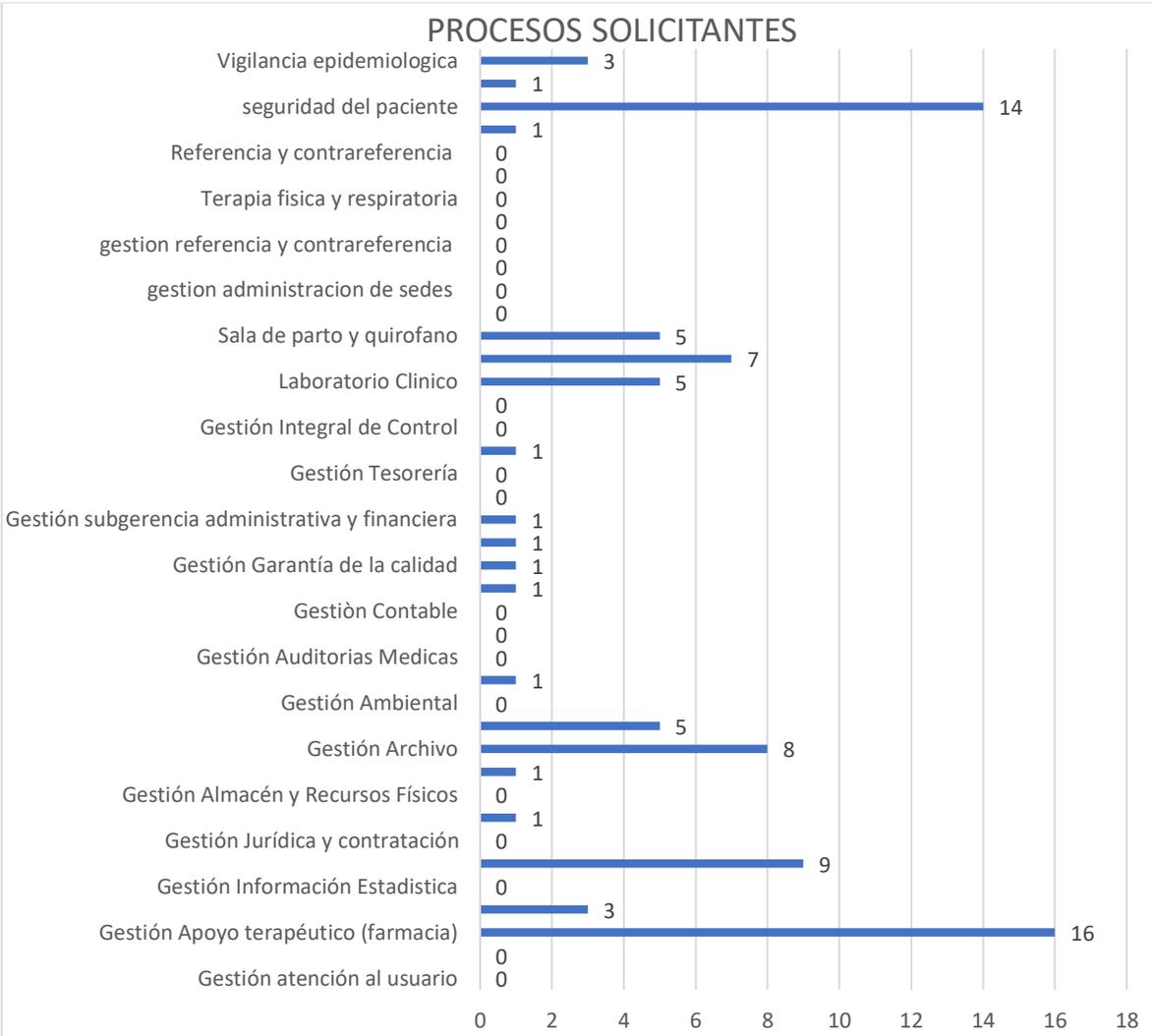
2. RESULTADOS

Tabla N.1 Procesos Solicitantes de Creación, Modificación y Eliminación

PROCESOS SOLICITANTES	TOTAL	%
Gestión atención al usuario	0	0%
Gestión planeación	0	0%
Gestión Apoyo terapéutico (farmacia)	16	19%
Gestión equipos biomédicos	3	4%
Gestión Información Estadística	0	0%
Promoción y mantenimiento de la salud	9	11%
Gestión Jurídica y contratación	0	0%
Gestión Talento Humano	1	1%
Gestión Almacén y Recursos Físicos	0	0%
Consulta Externa	1	1%
Gestión Archivo	8	9%
Gestión Facturación	5	6%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 258 de 262

Gestión Ambiental	0	0%
Gestión Estratégica	1	1%
Gestión Auditorias Medicas	0	0%
Gestión Cartera	0	0%
Gestión Contable	0	0%
Misionales	1	1%
Gestión Garantía de la calidad	1	1%
Gestión Calidad	1	1%
Gestión subgerencia administrativa y financiera	1	1%
Gestión Presupuesto	0	0%
Gestión Tesorería	0	0%
Gestión Información y Comunicación	1	1%
Gestión Integral de Control	0	0%
Gestión Subgerencia en Salud	0	0%
Laboratorio Clínico	5	6%
Urgencias	7	8%
Sala de parto y quirófano	5	6%
gestión sistemas y tecnología	0	0%
gestión administración de sedes	0	0%
Hospitalización	0	0%
gestión referencia y contrarreferencia	0	0%
Gestión Salud Ocupacional	0	0%
Terapia física y respiratoria	0	0%
Gestión pretransfusional	0	0%
Referencia y contrarreferencia	0	0%
Imágenes diagnosticas	1	1%
seguridad del paciente	14	16%
Gestión Documental	1	1%
Vigilancia epidemiológica	3	4%
TOTAL	85	100%

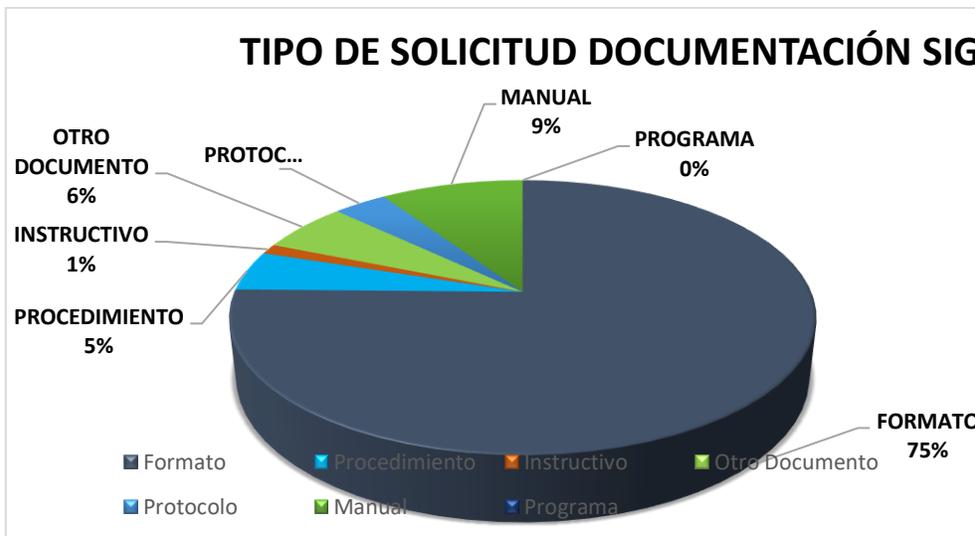


De acuerdo a la tabla anterior se puede observar que los procesos con mayor número de solicitudes son, el proceso de Farmacia y seguridad del paciente, Igualmente se evidencia que los procesos y subprocesos, gestionaron en mayor proporción el tipo de documento “formato”, debido a que son documentos que 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.

TIPO DE DOCUMENTO	TOTAL	%
Formato	64	75.29%
Procedimiento	4	4.71%
Instructivo	1	1.18%
Otro Documento	5	5.88%
Protocolo	3	3.53%
Manual	8	9.41%
Programa	0	0.00%
Guía	0	0.00%
Total, general	85	100.00%

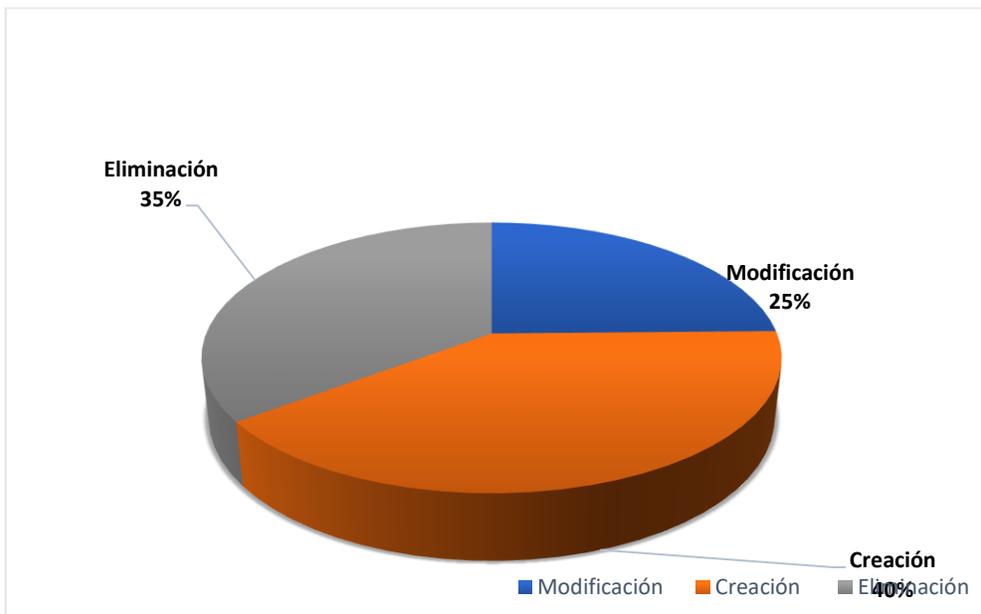


De las 85 solicitudes que fueron recibidas y gestionadas en totalidad por el proceso de Gestión de Calidad durante la vigencia del segundo trimestre del año 2023, se tramitaron un total de 64 Formatos el cual es el documento base de la estructura documental, 4 procedimientos, 5 otros documentos, protocolos 3, manuales 8, guías 0, instructivos 1 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	21	25%
Creación	34	40%
Eliminación	30	35%
TOTAL	85	100%



 <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 262 de 262

CONCLUSIONES

Como se puede observar en la tabla anterior, el 75.29 % de las solicitudes corresponde a la creación de nuevos formatos, procedimientos 4.71%, instructivos 1,18%, manuales 9,41%, protocolo 3,53%, otro documento 5.88%, principalmente, debido a las necesidades que han detectado los líderes de proceso para fortalecer la ejecución de los mismos y con un 25% la modificación de documentos para ajustar los existentes de acuerdo a normatividad y a necesidad del proceso; se presentó el 35% solicitudes de eliminación y 40% de creación 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.

Por otra parte, 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

GERENTE