



Informe de Gestión cuatrienio 2020 - 2023

PLANEACIÓN
ESE MORENO Y CLAVIJO

2023


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 2 de 365 |

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

ALCANCE DEL INFORME

1. INFORME DE PLANEACIÓN

1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2 MAPA DE PROCESOS

1.3 PLAN DE ACCIÓN ANUAL OPERATIVO 2023

1.4 MAPA DE RIESGOS 2023

1.5 PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2023.

1.6 INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL 2022 RESOLUCIÓN 408 DE 2018

1.7 PROYECTOS

1.8 OTRAS ACTIVIDADES

2. INFORME SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ANÁLISIS SITUACIÓN FINANCIERA

2.1 SUBPROCESO CONTABILIDAD

2.2 SUBPROCESO TESORERÍA

2.3 SUBPROCESO PRESUPUESTO

2.4 SUBPROCESO FACTURACIÓN

2.5 SUBPROCESO CARTERA

2.6 SUBPROCESO AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

2.7 PROCESO TALENTO HUMANO

2.8 SUBPROCESO SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

2.9 SUBPROCESO AMBIENTAL

2.10 SUBPROCESO SISTEMAS Y COMUNICACIONES

2.11 SUBPROCESO RECURSOS FÍSICOS

2.12 SUBPROCESO INFRAESTRUCTURA

2.13 SUBPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

3. INFORME SUBGERENCIA DE SALUD

3.1 SUBPROCESO SIAU

3.2 SUBPROCESO PYM

3.3 SUBPROCESO URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

3.4 SUBPROCESO SALUD PUBLICA

3.5 SUBPROCESO ATENCIÓN AMBULATORIA


3.6 SUBPROCESO APOYO DIAGNOSTICO

3.7 SUBPROCESO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

3.8 FARMACIA Y APOYO TERAPÉUTICO

4. INFORME JURÍDICA

5. INFORME CONTROL INTERNO

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 3 de 365 |

6. INFORME CALIDAD

INTRODUCCIÓN


A continuación, se presentan las actividades más relevantes para el cuatrienio del año 2020 al 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 365 |

➤ ALCANCE DEL INFORME

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

1. PLANEACIÓN

1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

➤ 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 5 de 365 |

- ✓ Articulación interinstitucional
- ✓ Excelencia y Calidad
- ✓ Aprendizaje e Innovación
- ✓ Integridad, Transparencia y Confianza
- ✓ Toma de decisiones basada en evidencia
- ✓ Vocación de servicio
- ✓ VALORES

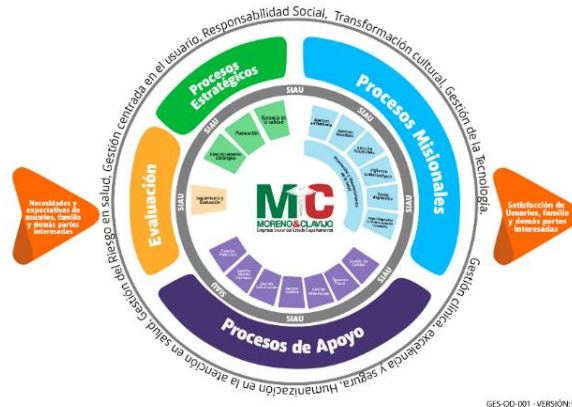
Son cualidades necesarias en las personas para el cumplimiento de los principios y el logro de los objetivos organizacionales:

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

➤ **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.**

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

1.2 MAPA DE PROCESOS



GES-OD-001 - VERSIÓN: 06


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



GES-OD-001 - VERSIÓN: 06

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO cuatrienio 2020 - 2023

En atención a la ley 1474 de 2011, circular externa 100-02-2016 del DAFP, metodología del DAFP de estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano versión 2 y acorde con la Plataforma Estratégica de la Entidad, se elabora el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Moreno y Clavijo para la vigencia 2021 y su acto administrativo, quedando aprobado mediante Resolución No. 015 del 20 de Enero de 2021; la herramienta en mención, plantea una serie de estrategias que la Entidad

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
|  <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 7 de 365 |

se propone cumplir, con el ánimo de confirmar su compromiso de actuar con transparencia y luchar contra la corrupción, a través de cuatro componentes:

Primer Componente: Gestión del Riesgo-Mapa de riesgo

Segundo Componente: Estrategia Anti trámites.

Tercer Componente: Rendición de Cuentas.

Cuarto Componente: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano.

Quinto componente: Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información

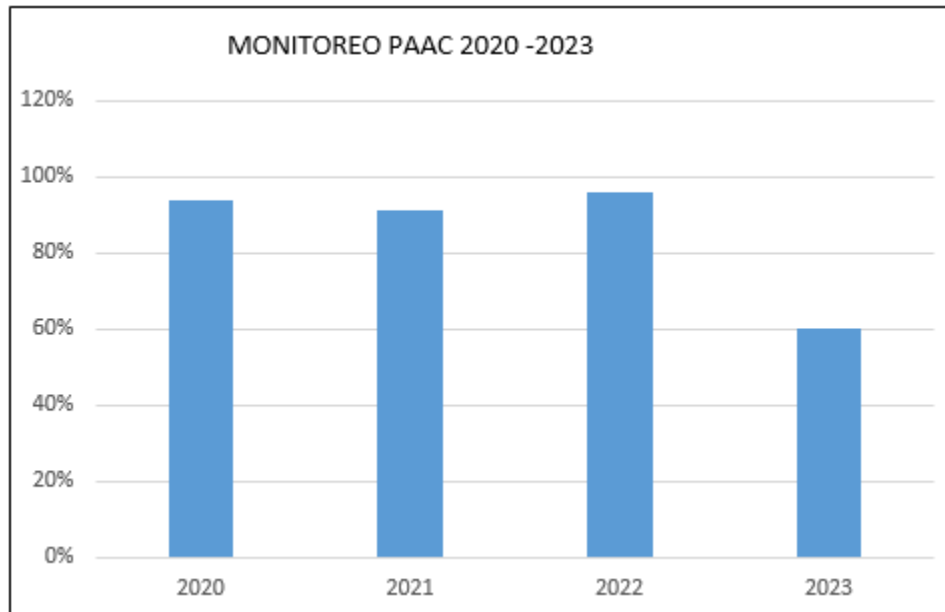
Se realizaron mesas de trabajo con cada líder de proceso con el objetivo que diligenciarán la matriz del plan por componente de cada uno para el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Moreno y Clavijo, para todas las vigencias del cuatrienio 2020 - 2023, al cual se le realizarán monitoreo y seguimientos de manera cuatrimestral de la vigencia mencionada.

Se publica en la página web y carteleras de la entidad el plan en mención y acto administrativo, además se socializa por medio de correo institucional a todos líderes de procesos y subprocesos de la entidad.

La entidad realizó monitoreo de todas las vigencias del cuatrienio 2020 - 2023, verificando el cumplimiento de las actividades propuestas para la administración de los riesgos de corrupción, así mismo se publicó en la página web de la entidad.

En desarrollo de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y en cumplimiento de los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, se realiza auditoría con el objeto de verificar la aplicación de las acciones propuestas para cada uno de los riesgos, con el fin de mitigar y evitar que estos se materialicen, realizándose; los seguimientos establecidos a las estrategias de anticorrupción, anti trámites, de rendición de cuentas y de atención al ciudadano, obteniéndose los siguientes resultados:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 8 de 365 |



CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:


Se observa que, dentro de este cuatrienio 2020 - 2023 consolidando el resultado de todos los años y lo que llevamos de esta vigencia,

Los cinco componentes plasmados dentro de los cinco componentes del PAAC, como son Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción, Racionalización de Trámites, Atención al ciudadano, Rendición de Cuentas, Transparencia y acceso a la información.

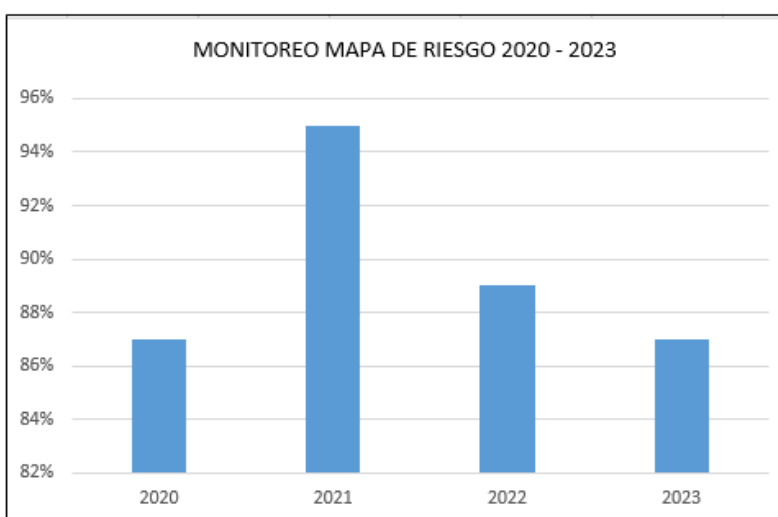
Es necesario mantener una trazabilidad desde el área SIAU, a todas las actividades concernientes a la comunicación directa con el ciudadano con la simplificación y racionalización de los trámites, a través de los mecanismos SIAU, así como en los diferentes procesos que obtuvieron un cumplimiento parcial.

MAPA DE RIESGOS

En la página web de la entidad se Publicó durante el cuatrienio 2020 – 2023 todos los mapas de riesgo de cada vigencia.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 9 de 365 |


La elaboración del Mapa de Riesgos se inició en diciembre de cada una de las vigencias, de manera directa, activa, participativa, donde cada uno de los líderes de los procesos es el responsable de las acciones que son producto de su trabajo. Como resultado de esta tarea se consolidaron los mapas de riesgos por procesos e institucional que permiten hacer monitoreo, seguimiento y evaluación a todas nuestras actividades y poder así detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.



PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO

En desarrollo de las funciones según el artículo 209 y 344 de la Constitución Política de Colombia, el artículo 73 del Decreto Ley 1298 y resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social se realizó seguimiento a los Plan de Acción Anual Operativo de los procesos según mapa de proceso y subprocesos de apoyo, estratégicos, misionales y de evaluación y seguimiento de la entidad, permitiendo identificar los cambios internos como externos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y misionales o así mismo identificar oportunidades para fortalecer el funcionamiento de los procesos.

El Plan de Acción Anual Operativo es un instrumento Gerencial cuyo propósito es articular la Planeación Estratégica de la ESE Departamental de primer nivel Moreno y Clavijo con la misión de los procesos que la integran y éstos con las políticas, programas y proyectos establecidos en cada vigencia, a través del uso de instrumentos técnicos para el seguimiento y medición anual. Además, permite definir indicadores que facilitan el seguimiento y evaluación de los planes y programas institucionales.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 10 de 365 |

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que el Plan de Acción Anual Operativo de la ESE Departamental de primer nivel Moreno y Clavijo, consta de dos componentes (Formato Plan de acción anual operativo, Formato de Monitoreo), el primero es la herramienta de planeación y el segundo constituye la herramienta de medición y control del Plan.

Es de vital importancia realizar los monitoreos cuatrimestrales ya que de esta manera se recopila información para la consolidación del informe anual, información correspondiente a los procesos y subprocesos de la entidad dando a conocer los resultados de cada vigencia y las recomendaciones respectivas para el cumplimiento de los planes y programas institucionales, el cual remitirá al Gerente o quien haga sus veces.

La auditoría de seguimientos de esta herramienta estratégica se realizó con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades propuestas para cada indicador de los procesos y subprocesos de la entidad.

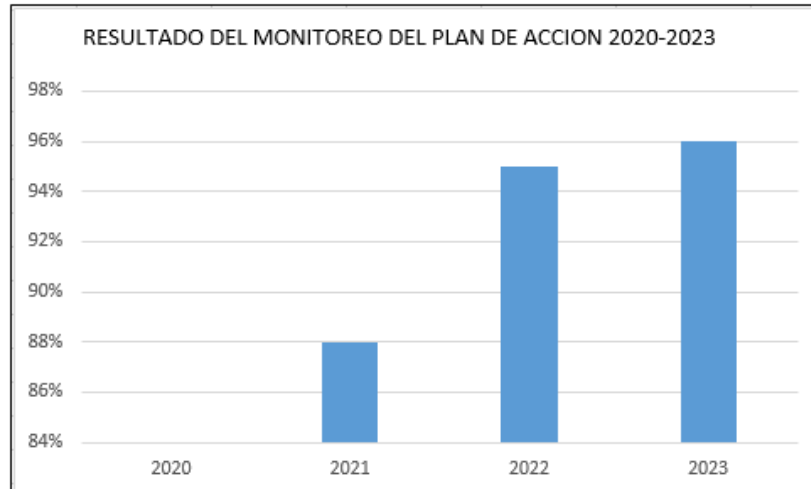
Para la realización de esta auditoria se tuvo como referencia el Plan de Acción Anual Operativo de la entidad teniendo en cuenta cada uno de los procesos y subprocesos; las actividades programadas para cada uno de los mismos. El total de indicadores propuestos para cada vigencia un promedio de 213 actividades y las recomendaciones respectivas para el cumplimiento de los planes y programas institucionales, el cual remitirá al Gerente o quien haga sus veces.

Se publica en las pagina web de la entidad después de realizar mesas de trabajo, consolidar y ser aprobado y firmado por el Gerente de la entidad y el Gobernador del Departamento, así durante todas las vigencias.

Enlace: <https://esemorenoyclavijo.gov.co/plan-de-accion/>

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/informes-de-gestion-evaluacion-y-auditoria/>

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 11 de 365 |



RENDICION DE CUENTAS

Para las vigencias del 2020 al 2023:

VIGENCIA 2019

FECHA: 19 de junio 2020

Hora: 9:00 am


Lugar: Sala de juntas sede central

Enlace : <https://www.facebook.com/morenoyclavijo/>

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas-ese-moreno-y-clavijo-vigencia-2020/>

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/>

VIGENCIA 2020

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 12 de 365 |

FECHA: 11 de junio 2021

Hora: 8:00 am

Lugar: Sala de juntas sede central

Enlace : : <https://www.facebook.com/morenoyclavijo/>

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/>

VIGENCIA 2021

FECHA: 10 de junio 2022

Hora: 8:00 am

Lugar: Auditorio Centro de Convivencia Fortul Arauca

Enlace : : <https://www.facebook.com/morenoyclavijo/>

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/>

VIGENCIA 2022

FECHA: 22 de junio 2023

Hora: 8:00 am

Lugar: Biblioteca Virtual Fray Ignacio Tame - Arauca

Enlace : : <https://www.facebook.com/morenoyclavijo/>

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/>

1.3 PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO SE REALIZO CADA AÑO DURANTE LAS VIGENCIAS DEL 2020 AL 2023

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral

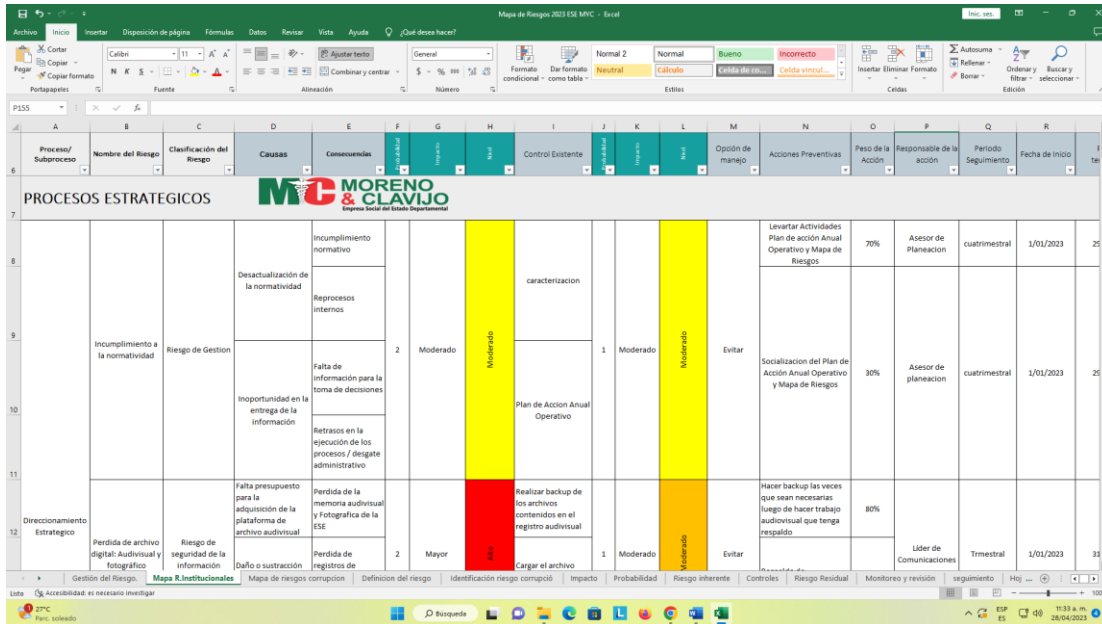
| SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº | Objeto Estratégico | Estrategia | Programa | Dimensión Operativa del MIPG | Política de Gestión y Decremento las Ineficiencias MIPG | Proceso | Dependencia | Líder del Proceso | Actividades | Producto |
| 34 | 3. Establecer mecanismos de gestión administrativa y financiera que contribuya a la competitividad y la sostenibilidad 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 y controlador | Registro mensual en los cuadros financieros por consumo de inventario de los medicajes | Acta de conciliación de saldo entre Almacén y Contabilidad de los Inventarios de Consumo con los medicajes |
| 35 | 3. Establecer mecanismos de gestión administrativa y financiera que contribuya a la competitividad y la sostenibilidad 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 y controlador | Condiciones de saldo entre Almacén y Contabilidad de propiedad planta y equipo | Acta de conciliación de contabilidad y Almacén |
| 36 | 3. Establecer mecanismos de gestión administrativa y financiera que contribuya a la competitividad y la sostenibilidad 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 y controlador | Realizar Conciliación saldo en libros con el área de Tesorería | Acta de conciliación de contabilidad y Tesorería |
| 37 | 3. Lograr la contabilidad financiera de la ESE | Equilibrio Financiero | Gestión Financiera | 3. Gestión con recursos para resultados | Gestión presupuestal y eficiente del gasto público | Proceso de Apoyo Gestión Financiera | Tesorería | Tesorero General Alba Pineda Muñoz | Generar informe mensual a Gerencia de los recursos por pagar para la toma de decisiones | Revisión de las cuentas por pagar |
| 38 | 3. Lograr la contabilidad financiera de la ESE | Equilibrio Financiero | Gestión Financiera | 3. Gestión con recursos para resultados | Gestión presupuestal y eficiente del gasto público | Proceso de Apoyo Gestión Financiera | Tesorería | Tesorero General Alba Pineda Muñoz | Seguimiento y posterior registro en el libro de banco al estado de los recursos de control recibidos en las cajas de los hospitales y control de salud adscritos a la entidad | Estado en Libro al 100% de los recursos de control recibidos por los hospitales y/o centros de salud |
| 39 | 3. Lograr la contabilidad financiera de la ESE | Equilibrio Financiero | Gestión Financiera | 3. Gestión con recursos para resultados | Gestión presupuestal y eficiente del gasto público | Proceso de Apoyo Gestión Financiera | Tesorería | Tesorero General Alba Pineda Muñoz | Realizar Plan de pago y ejecutar pagos según programación. | Plan de Pago/Registro de comprobantes de egresos/Entradas Financieras |
| 400 | 3. Lograr la contabilidad financiera de la ESE | Equilibrio Financiero | Gestión Financiera | 3. Gestión con recursos para resultados | Gestión presupuestal y eficiente del gasto público | Proceso de Apoyo Gestión Financiera | Tesorería | Tesorero General Alba Pineda Muñoz | Reporte al área de Contar, para la identificación de ingresos por Chullacha, registro en el sistema por tesorería | Reporte a través de correo al área de contar |
| 401 | 3. Lograr la contabilidad financiera de la ESE | Equilibrio Financiero | Gestión Financiera | 3. Gestión con recursos para resultados | Gestión presupuestal y eficiente del gasto público | Proceso de Apoyo Gestión Financiera | Tesorería | Tesorero General Alba Pineda Muñoz | Realizar los ajustes mensuales en libro de banco, de acuerdo a las Condiciones bancarias para mantener saldo real | Extracto, Boleto, Trazos y Conciliación firmados |

| SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable | | | | | | | | | | |
| Re. m. | Objetivo Estratégico | Estrategia | Programa | Dimensión Operativa del MIPG | Política de Gestión y Desempeño Institucional MIPG | Proceso | Dependencia | Líder del Procc... | Actividades | Producto |
| 35 | 6. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud | Contrayendo salud Confiable | Contrayendo calidad de servicio | 5. Información y Comunicaciones | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Proceso Estratégico Mejoramiento Continuo | Gerencia de la Calidad | Líder de proceso Gerente de la Calidad | Autoevaluación para la acreditación | Informe de Autoevaluación |
| 36 | 6. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud | Contrayendo salud Confiable | Contrayendo calidad de servicio | 5. Información y Comunicaciones | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Proceso Estratégico Mejoramiento Continuo | Gerencia de la Calidad | Líder de proceso Gerente 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 | | | | | | | | | | |
| 38 | 5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios | Gestión y Desempeño Institucional | Fortalecimiento Institucional | 5. Información y Comunicaciones | 7. Servicio al ciudadano | Proceso Misionales SIAU | SIAU | Líder de proceso SIAU | Registrar en la plataforma SUT de los PMSIDP | Informe de Registro Plataforma SUT |
| 39 | 5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios | Gestión y Desempeño Institucional | Fortalecimiento Institucional | 5. Información y Comunicaciones | 7. Servicio al ciudadano | Proceso Misionales SIAU | SIAU | Líder de proceso SIAU | Actualizar la Política de Remuneración | Presentación y socialización de la Política de Remuneración |
| 40 | 5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios | Gestión y Desempeño Institucional | Fortalecimiento Institucional | 5. Información y Comunicaciones | 7. Servicio al ciudadano | Proceso Misionales SIAU | SIAU | Líder de proceso SIAU | Formulación del Plan de Remuneración | Socialización e Informe de ejecución del Plan de Remuneración |
| 41 | 5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios | Gestión y Desempeño 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 | Doc (2) Capacitaciones al año de forma virtual, registro fotográfico, postales, correo electrónico |
| 42 | 5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios | Gestión y Desempeño 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, Lenguaje Claro y recibo, PORS | Doc (2) Capacitaciones al año de forma virtual, registro fotográfico, postales, correo electrónico |
| 43 | 5. Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios | Gestión y Desempeño Institucional | Fortalecimiento Institucional | 5. Información y Comunicaciones | 7. Servicio al ciudadano | Proceso Misionales SIAU | SIAU | Líder de proceso SIAU | Actualizar y Socializar el Procedimiento, Tíquete y Gestión de PORSIDP GAU-PP-001 en cada una de las sedes de la ESE | Socialización de forma virtual |

| SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable | | | | | | | | | | |
| Re. m. | Objetivo Estratégico | Estrategia | Programa | Dimensión Operativa del MIPG | Política de Gestión y Desempeño Institucional MIPG | Proceso | Dependencia | Líder del Procc... | Actividades | Producto |
| 32 | 1. Posicionar la ESE como referente regional en Salud | Contrayendo salud Confiable | Contrayendo calidad de servicio | 4. Evaluación de Resultados | Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | Proceso Misional Salud Pública | Salud Pública-PIC | Coordinador de Salud Pública Subgerente de salud Directores Coordinadores de hospitales y centros de salud, profesional PIC | Realizar actividades programadas del contrato interadministrativo de salud pública -PIC | Planes de Mejoramiento de salud pública "Informe de ejecución de forma trimestral de las actividades operativas según programación" "Informe de ejecución para interventoría o supervisión. |
| 34 | 1. Posicionar la ESE como referente regional en Salud | Contrayendo Salud Confiable | Contrayendo Calidad de servicio | 4. Evaluación de Resultados | Seguimiento y Evaluación del desempeño institucional | Proceso Misional Trabajo Asistencial | Referencia y Contrareferencia | Subgerente financiera, directores y subgerencia en salud | Realizar seguimiento al consumo de medicamentos de mayor frecuencia en los hospitales, de manera trimestral en los hospitales, sistema de estadísticas de mayor frecuencia. | Informe de resultados de manera trimestral certificado por los Directores de los Hospitales y Coordinadores de los Centros asistenciales. |
| PROCESOS DE APOYO | | | | | | | | | | |
| 35 | 3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE | Equilibrio Financiero | Gestión Financiera | 2. Dirección estratégica | Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público | Proceso de Apoyo Gestión Financiera | Gestión Presupuesto | Gregorio Guerrero | Controlar el equilibrio operacional para mantener los compromisos de los reconocimientos antes (reconocidos) y Producción total (utilidades-gastos-perdidas/derivaciones) | Cruce de información con Cartera y Fichación para el cierre mensual para generar la conciliación y levantar los libros Informes y Minutas y Contraloría (perdidas/derivaciones) |
| 36 | 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 conciliación trimestral de equilibrio presupuestal. | Certificación trimestral (4 al año) |
| 37 | 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 surtos a los gastos de funcionamiento y producción de forma trimestral. | Certificación semestral (2 al año) |
| 38 | 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 realizar periódicamente los riesgos de corrupción, "Definir controles internos y efectivos." "Definir controles en el contexto interno externo. | Actualizar el Mapa de Riesgos |
| 39 | 3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE | Gestión y Desempeño Institucional | Fortalecimiento Institucional | 5. Información y Comunicaciones | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Proceso Estratégico Dirección Estratégica | Sistema de Información | Sistema de Información - Alberto Subagal | Conceder y validar la información Estadística de manera mensual ("Reconocer y hacer cumplir un deber como no obliga la información propia no hay forma de validar una obligación.") | Reporte Consolidado de producción de toda la entidad - estadísticas, informes para el Ministerio, Superintendencia LAEESA |
| 40 | 3. Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE | Contrayendo salud Confiable | Contrayendo calidad de servicio | 5. Información y Comunicaciones | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Proceso Estratégico | Sistema de Información | Sistema de Información - Alberto Subagal | Identificar, monitorear, revisar, periodicamente los riesgos de corrupción y actualizar en el Mapa de Riesgos. | |

1.3 MAPA DE RIESGOS SE REALIZO CADA AÑO DURANTE LAS VIGENCIAS DEL 2020 AL 2023

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral



| Procesos/Subprocesos | Nombre del Riesgo | Clasificación del Riesgo | Causas | Consecuencias | Impacto | Control Existente | Opción de manejo | Acciones Preventivas | Peso de la Acción | Responsable de la acción | Periodo Seguimiento | Fecha de Inicio |
|------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|
| PROCESOS ESTRATEGICOS | | | | | | | | | | | | |
| Procesos Estratégicos | Incumplimiento a la normatividad | Riesgo de Gestión | Desactualización de la normatividad | Incumplimiento normativo | 2 | Moderado | Monitoreado | Levantar Actividades Plan de acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos | 70% | Asesor de Planeacion | cuatrimestral | 1/01/2023 |
| | | | Reprocesos internos | caracterización | | | | Socialización del Plan de Acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos | 30% | Asesor de planeacion | cuatrimestral | 1/01/2023 |
| | | | Falta de información para la toma de decisiones | Plan de Acción Anual Operativo | | | | | | | | |
| Direccionamiento Estratégico | Pérdida de archivo digital: Audiovisual y fotográfico | Riesgo de seguridad de la información | Inoportunidad en la entrega de la información | Retrasos en la ejecución de los procesos / delegate administrativo | 2 | Mayor | Alto | Realizar backup de los archivos contenidos en el registro audiovisual | 80% | Líder de Comunicaciones | Trimestral | 1/01/2023 |
| | | | Falta presupuesto para la adquisición de la plataforma de archivo audiovisual | Pérdida de la memoria audiovisual y fotográfica de la ESE | | | | Hacer backup las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual que tenga respaldo | | | | |

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel

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

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel

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


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |
| | Versión 01 Página 17 de 365 | |

Mapa de Riesgos 2023 ESE MYC - Excel

| Proceso/ Subproceso | Nombre del Riesgo | Clasificación del Riesgo | Causas | Consecuencias | Impacto | Riesgo | Control Existente | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 150 | Seguimiento y Evaluación | Incumplimiento de la Norma | Riesgos de Gestion | Desconocimiento de la norma | Proceso desactualizado Sanciones | 3 | Mayor | Alto | 2 | Moderado | Moderado | Evitar | Actualización del normograma del proceso | 33 | Asesor Control Interno | Semestral | 01/01/2023 | 30/12/2023 |
| 151 | | | | Ausencia de planeación en el proceso | | | | | | | Evitar | Verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditorías | 34 | Asesor Control Interno | Trimestral | 01/01/2023 | 30/12/2023 | |
| 152 | | | | Ineficacia en los controles establecidos del proceso | | | | | | | 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 de cada vigencia, entregando los correspondientes informes y cargándolos en la página de la entidad.


1.4 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO SE REALIZO CADA AÑO DURANTE LAS VIGENCIAS DEL 2020 AL 2023


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |
| | Versión 01 | |
| | | Página 18 de 365 |

| 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 los usuarios | 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 |

|  <p style="text-align: center;">Sistema Integrado de Gestión</p> | | | | | | | 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 | |
| 8 Subcomponente 1: Estructura administrativa y Direcciónamiento estratégico | Capacitar a todo el personal de la red Hospitalaria de la ESE Moreno Y Clavijo sobre lo que significa SIAU | Inducción y reinducción 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 Hospitalares 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 Hospitalares y Coordinadores de los centros | Abril - Agosto - Diciembre 2023 | Mayo - Septiembre y enero 2023 | Control Interno Articulo 73 Ley 1474 | |
| 10 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 | |
| 13 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 | | | | | |
| Gestión de Riesgo Racionalización de Trámites Atención al ciudadano Rendición de Cuentas Transparencia | | | | | | | |

|  <p style="text-align: center;">Sistema Integrado de Gestión</p> | | | | | | | 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 | |
| 9 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 |
| 13 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 | |
| Gestión de Riesgo Racionalización de Trámites Atención al ciudadano Rendición de Cuentas Transparencia | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
|  <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 20 de 365 |

1.4 INFORME DE GESTION GERENCIAL DESDE EL 2020 AL 2022 RESOLUCION 408 DE 2018, 2023 AUN NO A SIDO EVALUADA

TABLA DE RESULTADOS


La Resolución 710 del 2012, proyecta la siguiente escala de resultados la cual es tomada para la evaluación de la resolución 408 del 2018.

Anexo 5 Resolución 710 -2012 Escala de Resultados

| Rango Calificación (0,0 - 5,0) | Criterio | Cumplimiento del Plan de Gestión |
|-------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|
| Puntaje Total entre 0,0 y 3,49 | Insatisfactoria | Menor a 70% |
| Puntaje total entre 3,50 y 5,0 | Satisfactoria | Igual o superior al 70% |

2 INDICADORES

Dando cumplimiento a la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 408 de 2018, para la ESE Moreno y Clavijo aplican los siguientes indicadores por pertenecer a Nivel I.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 21 de 365 |

| 10 | Porcentaje | Total Indicadores |
|-------------------------------|------------|-------------------|
| Dirección y Gerencia | 20 | 3 |
| Administrativa y Financiera | 40 | 8 |
| Gestión Clínica o Asistencial | 40 | 6 |
| Total | 100 | 17 |

Se presento a Junta Directiva el informe de gestión gerencial de la vigencia 2020 el día 25 de marzo del año 2022. Con una calificación de 4.81 sobre 5.0

Se presento a Junta Directiva el informe de gestión gerencial de la vigencia 2021 el día 25 de marzo del año 2022. Con una calificación de 4.31 sobre 5.0

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

Con el siguiente resultado siendo esta la última en presentarse

| MATRIZ DE CALIFICACION | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-------------|--------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|-------------|---------------------|-----------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Área de Gestión | No. | Tipo de ESE | Resultado del periodo Evaluado | Estándar Propuesto | Calificación (ver instructivo de calificación) | Ponderación | Resultado ponderado | Documento soporte | Seguimiento | Observaciones (deberá evidenciarse los soportes técnicos) |
| 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 | SI CUMPLE | Una vez aplicado los instrumentos de autoevaluación para la acreditación que correspondió a la |


| | | | | | | | | | | |
|---|---------|------|-------|---|-------|------|--------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | | | | DE LA CALIDAD | 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 SEGUIMIEN TO 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 | Uno de los compromisos adquiridos con las EPS y los entes de control y vigilancia es el de cumplir de manera oportuna con el envío de la información estadísticas y datos de producción. De este modo la autoevaluación |

| | | | | | | | | | |
|--|----|---------|------|------------------------------------------------|---|-------|------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | | | | <p>que se tomará cómo 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 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 |


| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----|---------|------|---------|---|-------|------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | | | | | 100% para este indicador, siguiendo con el mismo porcentaje de cumplimiento de la vigencia anterior. |
| 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 registra la aplicación de guías de hipertensión en pacientes |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------|
|  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 27 de 365 |

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

2.3 PROYECTOS

| | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 LINEA ESTRATEGICA | Arauca con Salud Confiable |
| SECTOR PDD | social - salud |
| DESCRIPCION DEL LOGRO | DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS E INDUSTRIALES DE USO HOSPITALARIO EN LAS AREAS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LOS HOSPITALES ADSCRITOS A LA ESE MORENO Y CLAVIJO PARA GARANTIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR OCASIÓN AL COVID-19 EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA. |
| RELATO DE COMO SE REALIZO | SE REALIZO GESTION EN LA PRESENTACION DE PROYECTOS ANTE MINISTERIO DE SALUD LOGRANDO LA ASIGNACION DE RECURSOS Y DOTACION DE EQUIPAMIENTO BIOMEDICO VIGENCIA 2020 POR VALOR DE \$ 589.000.000 |
| UNIDAD DE MEDIDA | 132 EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS |
| VALOR LINEA BASE 2020 | 60% |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 28 de 365 |

| | |
|----------------------|------|
| VALOR ALCANZADO 2023 | 100% |
|----------------------|------|

| | | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| LINEA ESTRATEGICA | Arauca con Salud Confiable | |
| SECTOR PDD | social - salud | |
| DESCRIPCION DEL LOGRO | DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS E INDUSTRIALES HOSPITALARIOS PARA FORTALECER LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS DE FORTUL, TAME Y ARAUQUITA DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA | |
| RELATO DE COMO SE REALIZO | SE REALIZO GESTION EN LA PRESENTACION DE PROYECTOS ANTE LA AGENCIA DE RENOVACION DE TERRITORIO PDET LOGRANDO LA ASIGNACION DE RECURSOS Y DOTACION DE EQUIPAMIENTO BIOMEDICO VIGENCIA 2021 POR VALOR DE \$ 2,719,363,191 | |
| UNIDAD DE MEDIDA | 504 EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS | |
| VALOR LINEA BASE 2020 | | 60% |
| VALOR ALCANZADO 2023 | | 43% |

| | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| LINEA ESTRATEGICA | Arauca con Salud Confiable | |
| SECTOR PDD | social - salud | |
| DESCRIPCION DEL LOGRO | FORTALECIMIENTO A LA CAPACIDAD DE TÉCNICA Y LOGÍSTICA PARA EL TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO DE PACIENTES MEDIANTE LA DOTACIÓN DE AMBULANCIAS Y UNIDAD MOVIL DE SALUD PARA LOS MUNICIPIOS DE ARAUQUITA, FORTUL Y TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA | |
| RELATO DE COMO SE REALIZO | SE REALIZO GESTION EN LA PRESENTACION DEL PROYECTO ANTE FONDO PAZ ASIGNADON Y ENTREGANDO EL TOTAL DE LOS VEHICULOS SOLICITADO EN LA VIGENCIA 2022 POR VALOR DE \$ 1.539.995.303 | |
| UNIDAD DE MEDIDA | 03 AMBULANCIA TAB, 01 AMBULANCIA TAB FLUVIAL, 01 UNIDAD MOVIL DE SALUD DE RESPUESTA RAPIDA | |
| VALOR LINEA BASE 2020 | | 60% |
| VALOR ALCANZADO 2023 | | 43% |

| | | |
|-------------------|----------------------------|--|
| LINEA ESTRATEGICA | Arauca con Salud Confiable | |
| SECTOR PDD | social - salud | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 29 de 365 |

| | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DESCRIPCION DEL LOGRO | FORTALECIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA DE EQUIPOS DE COMPUTO E INFORMÁTICA DE LA RED HOSPITALARIA DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO, DEPARTAMENTO DE ARAUCA |
| RELATO DE COMO SE REALIZO | SE REALIZO GESTION EN LA PRESENTACION DE PROYECTOS ANTE FONDO PAZ LOGRANDO LA ASIGNACION DE RECURSOS Y DOTACION DE EQUIPAMIENTO BIOMEDICO VIGENCIA 2022 POR VALOR DE \$ 895.000.000,00 |
| UNIDAD DE MEDIDA | 189 EQUIPOS DE COMPUTO |
| VALOR LINEA BASE 2020 | 60% |
| VALOR ALCANZADO 2023 | 57% |

| | |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROYECTO | FORTALECIMIENTO A LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO E INDUSTRIALES DE USO HOSPITALARIO PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITO A LA ESE MORENO Y CLAVIJO, DEPARTAMENTO DE ARAUCA. POR VALOR DE \$4.370.712.984 |
| ESTADO ACTUAL | FORMULADO CON CONCEPTO TECNICO POR LA UNIDAD Y PRESENTADO ANTE LA AGENCIA DE RENOVACION DE TERRITORIO PDET |
| DESCRIPCION DE LA DIFICULTA PRESENTADA | EN GESTION DE RECURSOS PARA SU EJECUCION |
| RECOMENDACIONES PARA CULMINACION | ASIGNACION DE RECURSOS POR OTRAS FUENTES DE FINANCIACION |


3.3 Otras Actividades

Actualización de nuestra plataforma estratégica en el año 2021 y en el año 2022 se actualizo el mapa de procesos de la entidad.

Gestión de proyectos durante el cuatrienio y logros de infraestructura

Presentación de rendición de cuentas cada vigencia que se mencionó anteriormente

Plan de Acción Anual Operativo para cada vigencia esta es la última calificación del tercer cuatrienio de la vigencia 2023


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 30 de 365 |

PROCESOS ESTRATÉGICOS

| PROCESOS ESTRATÉGICOS | Actividades Programadas | Actividades Realizadas | Total, Actividades Programadas | AVANCE DE EJECUCION DE LA META % | Meta | Cumplimiento de Actividades |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------|-----------------------------|
| Planeacion | 25 | 25 | 27 | 33% | 33% | 100% |
| Garantia de la calida | 2 | 2 | | 33% | 33% | |

PROCESOS MISIONALES

| PROCESOS MISIONALES | Actividades Programadas | Actividades Realizadas | Total, Actividades Programadas | AVANCE DE EJECUCION DE LA META % | Meta | Cumplimiento de Actividades |
|-----------------------------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------|-----------------------------|
| SIAU | 13 | 13 | 67 | 33% | 33% | 100% |
| Consulta Externa: (PyM) | 9 | 9 | | 33% | 33% | |
| Consulta Externa | 2 | 2 | | 33% | 33% | |
| Promoción y Prevención (PAI) | 7 | 7 | | 33% | 33% | |
| Urgencias y Hospitalización | 2 | 2 | | 33% | 33% | |
| Referencia y Contrarreferencia | 3 | 3 | | 33% | 33% | |
| Seguridad del Paciente | 1 | 1 | | 33% | 33% | |
| Servicio Farmacéutico | 8 | 8 | | 33% | 33% | |
| Salud Pública - Vigilancia Epidemiológica | 5 | 5 | | 33% | 33% | |
| Salud Pública -PIC | 1 | 1 | | 33% | 33% | |
| Unidades Asistenciales de Laboratorio clínico | 1 | 1 | | 33% | 33% | |
| Sistemas de Información y Estadística | 16 | 16 | | 33% | 33% | |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 31 de 365 |

PROCESOS DE APOYO

| PROCESOS APOYO | Actividades Programadas | Actividades Realizadas | Total, Actividades Programadas | AVANCE DE EJECUCION DE LA META % | Meta | Cumplimiento de Actividades |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------|-----------------------------|
| Gestión Contabilidad | 6 | 6 | 111 | 33% | 33% | 99% |
| Gestión Presupuesto | 4 | 4 | | 33% | 33% | |
| Gestión Tesorería | 8 | 8 | | 33% | 33% | |
| Gestión Cartera | 8 | 8 | | 33% | 33% | |
| Gestión Facturación | 9 | 9 | | 33% | 33% | |
| Gestión Talento Humano | 14 | 14 | | 33% | 33% | |
| Gestión Sistemas y tecnología | 7 | 7 | | 33% | 33% | |
| Comunicaciones | 11 | 11 | | 33% | 33% | |
| Gestión Jurídica | 9 | 9 | | 33% | 33% | |
| Gestión Adquisiciones Almacén | 8 | 8 | | 33% | 33% | |
| Gestión Ambiental | 8 | 7 | | 32% | 33% | |
| Gestión Infraestructura | 7 | 7 | | 33% | 33% | |
| Gestión de Calidad | 6 | 6 | | 33% | 33% | |
| Gestión Documental | 5 | 5 | | 33% | 33% | |
| Gestión Nuevas tecnología | 1 | 1 | | 33% | 33% | |

La evaluación de Ambiental en su calificación no fue favorable debido, a que no contaba con cronograma de socializaciones del programa ambiental y no las había realizado tampoco a la fecha.


PROCESOS DE EVALUACIÓN

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |
| | Versión 01 | |
| Página 32 de 365 | | |

| PROCESOS EVALUACION | Actividades Programadas | Actividades Realizadas | Total, Actividades Programadas | AVANCE DE EJECCION DE LA META % | Meta | Cumplimiento de Actividades |
|---------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------|-----------------------------|
| Control Interno | 14 | 14 | 14 | 33% | 33% | 100% |

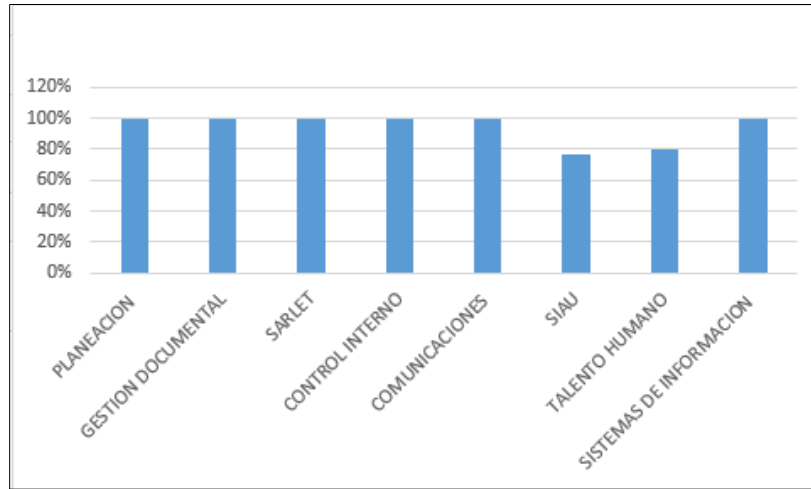
Un cumplimiento total del 99%

Plan Anticorrupción

|  | | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | | | | | | GPL- FO- 006 | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|
| | | SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO | | | | | | Versión 02 | |
| Periodo de seguimiento: 3do cuatrimestre 2023 | | Fecha Seguimiento: del 6 al 7 de Septiembre 2023 | | | | | | Página 1 de 1 | |
| Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción | | | | | | | | EQUIVALENCIA (AVANCE DE GESTION) | |
| SUBCOMPONENTE | ACTIVIDAD | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | META O ENTREGABLE | EVIDENCIA | OBSERVACIONES | SEGUIMIENTO 2 | TOTAL | |
| 2. 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. | Desplegar de la política de administración de riesgos a través de medios institucionales (Página Web, correo electrónico, reuniones virtuales) | Responsable Sarfati Asesor de Planeación Comunicaciones | Política de Riesgo | www.asmorenoyclavijo.gov.co/occeasocialinformacion/plano-estrategica | La Política de Riesgo se actualizó a finales de la vigencia 2022, se encuentra socializada con funcionarios y publicada en la página web de la entidad. Se recomienda actualizarla a Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de controles en entidades públicas Versión 6/Nov 2022 | 33% | 33% | |
| | Registros al Sarfati | Reporte de registros cuando la Supersalud y el Mensual la visite | Responsable Sarfati | Plataforma SARLAT | Se hacen reportes mensualmente mediante sistema de reporte en línea - SARL, desde la página de la unidad de Información y Análisis Financiero - USAF | | 33% | 33% | |
| 3. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción | Actualizar el Mapa de Riesgos de corrupción | Mapa de Riesgos de Corrupción Actualizado | Jóvenes y Asesores de Proceso, Subgerentes con acompañamiento de Asesor de Planeación | Mapa de Riesgos Institucional 2023 | https://asmorenoyclavijo.gov.co/plano-institucional/ | 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% | |
| | Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción | Publicar en la Pág. web | Asesor de Planeación Comunicaciones | Documento del mapa de riesgos. | https://asmorenoyclavijo.gov.co/plano-institucional/ | Se encuentra publicado el 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% | |
| | Implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados de la evaluación de los usuarios aplicadas. | Implementar las acciones de mejora según evaluación en toda la red hospitalaria. | SAU | Implementar acciones de mejora según evaluación de usuarios en toda la red hospitalaria | Se ha gestionado el call center y software de asignación de citas, para disminuir tiempos y costos en los usuarios que solicitan servicios, el cual es la queja más recurrente en la red hospitalaria | Se recomienda continuar las mejoras en la institución respecto a la implementación de acciones para satisfacción de los usuarios de la ESE | 33% | 33% | |
| 5. Seguimiento | Evaluar la estrategia a Atención al Ciudadano | Informe de la evaluación | Control Interno | Semestralmente CI realiza informe de PCRS con respectivas recomendaciones | https://asmorenoyclavijo.gov.co/reportes-de-control-interno/ | | 33% | 33% | |
| | | | | | | | Del 100% de avance para este periodo el seguimiento se cumplió con un porcentaje de: | 98% | |
| Componente 4: Rendición de Cuentas | | | | | | | | EQUIVALENCIA (AVANCE DE GESTION) | |
| SUBCOMPONENTE | ACTIVIDAD | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | META O ENTREGABLE | EVIDENCIA | OBSERVACIONES | SEGUIMIENTO 2 | TOTAL | |
| 1. Información de calidad y en lenguaje comprensible | Entregar Información de Gestión del periodo a rendir en lenguaje comprensible al ciudadano referente para la rendición de cuentas NDA, la fecha máxima para ubicar esta información es el día 30 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 publicado en la página web institucional | https://asmorenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/04/Informe-de-gestion-2022.pdf | | 33% | 100% | |
| | | Publicación de la fecha de la rendición de cuentas publicada en la página web | Asesor de Planeación Comunicaciones | Se realizó la publicación de la fecha de la rendición de cuentas en la página web y página Facebook institucional. | https://asmorenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/02/Informe-de-gestion-Anual-vigencia-2022.pdf | | 33% | 33% | |
| | | 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.asmorenoyclavijo.gov.co , en el botón de rendición de cuentas. | | | 33% | 33% |
| | | Diseñar y enviar por diferentes canales, invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas. | Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas | SAU Asesor de Planeación Comunicaciones | Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas | Se realizó la publicación de la fecha de la rendición de cuentas en la página web y página Facebook institucional. Se realizó publicación de informe de gestión vigencia 2022 | Se envió archivo de reporte 2023/7003 con información de rendición de cuentas a supersalud | 33% | 33% |
| 3. Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones | Recoger y canalizar las inquietudes y solicitudes de la comunidad recibidas con atención a 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 | SAU Asesor de Planeación | 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 | Se dispuso del link https://asmorenoyclavijo.gov.co/participacion-en-la-comunicacion-de-politica/ con el fin de recibir preguntas previas relacionadas a la rendición de cuentas y el formato físico de participación de la audiencia pública, con el fin entregar en medio físico en la oficina de SAU o enviar al correo electrónico de SAU | | 33% | 33% | |
| | Realizar la Rendición Pública de Cuentas | Rendición Pública de Cuentas realizada | Asesor de Planeación Comunicaciones | Se tiene asignada rendición de cuentas para el día 22 de junio de 2023 | https://asmorenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/ | Se dio fiel cumplimiento a este importante actividad para la entidad | 33% | 33% | |
| 5. 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 invitada a la comunidad, los mecanismos que tiene la institución para fortalecer la participación ciudadana | Asesor de Planeación Comunicaciones | Mecanismos de participación informados página web institucional | https://asmorenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/04/Reglamento-Audiencia-Publica-Rendicion-de-Cuentas-Vigencia-2022.pdf | | 33% | 33% | |
| | Organizar incentivo a la asociación de usuarios con mayor participación en jornada de rendición de cuentas | Reconocimiento no monetario a la asociación de usuarios | SAU Asesor de Planeación | Entrega de reconocimiento no monetario a la asociación de usuarios | El día 22 de junio, en rendición de cuentas de vigencia 2022 se entregó a los principales miembros de la asociación de usuarios un diploma en reconocimiento a su trabajo desarrollado en pro de nuestros usuarios | Se entregó reconocimiento a las asociaciones de Tama, Araquita y Fartul | 33% | 33% | |
| 4. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional | Realizar socialización con el subgerente de talento humano para interiorizar al proceso de rendición de cuentas | Realizar socialización | Talento Humano Asesor de Planeación | Socialización con el objetivo de conocer proceso de rendición de cuentas en comité de desempeño de la entidad | Se cuenta con acta del Comité de Gestión y Desempeño con fecha del 05 de Marzo de 2023 | | 33% | 33% | |
| | Evaluar las acciones de rendición de cuentas desarrolladas por la ESE y programadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano | Informe de seguimiento cuatrimestral al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano | Control Interno | Informes de Rendición de cuentas | La actividad se encuentra evaluada en informe https://asmorenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/INFORME-DE-EVALUACION-RENDICION-DE-CUENTAS-2022.pdf | | 33% | 33% | |
| | | | | | | | Del 100% de avance para este periodo el seguimiento se cumplió con un porcentaje de: | 100% | |


| | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Estructura administrativa y direccionamiento estratégico | Capacitar a todo el personal de la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo sobre lo que significa SIAU | Inducción y reintroducción al personal nuevo y antiguo de la importancia de SIAU en todo la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo | SIAU Directores de Hospitales y Administradores de los centros y puntos de salud de la Red Hospitalaria | Se realizó inducción y reintroducción al personal de la entidad | Se realizó en el mes de abril 2023, como evidencia se encuentra planillas de asistencia y evidencia fotográfica. | Igualmente, se ha hecho reintroducción en los hospitales y centros de salud. Se evidencia que por medio de inducción al personal nuevo de la entidad, se trataron temas como: Misión, Visión, Objetivos Estratégicos, Principios y Valores Institucionales, Políticas Institucionales y Código de Integridad, derechos y Deberes del Usuario, Programa de Humanización, PQRSOP | 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 puntos de salud de la Red Hospitalaria | Se realiza reporte y trimestral informe tipo 3 Encuentras Res. 256 | Correos electrónicos enviados desde hospitales y centros de salud a coordinador de SIAU de la sede principal y a profesional de sistemas de información. Se hace de manera trimestral en cada vigencia. | | 33% | 33% |
| 2. Fortalecimiento de los canales de atención. | Revisar y actualizar la información relacionada con atención al ciudadano en la página web | Des (2) Informes de peticiones, quejas, reclamos publicado semestralmente en la página web | SIAU Comunicaciones | Informe de PQRS semestral | Se cuenta con informe semestral de PQRSOP | | 33% | 33% |
| | Realizar convocatoria para la ampliación y fortalecimiento de la asociación de usuarios de la institución | Campaña de divulgación permanentes por distintos medios de la ESE | SIAU Comunicaciones | Se realizó campañas en los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria | Se encuentran oficios de convocatorias y actas de reunión de los hospitales: San Lorenzo/Puerto, San Antonio, Crows Norte, San Francisco de Forul, San Juan de Dios | Se recomienda gestionar asociación de usuarios en los hospitales y centros de salud que hacen falta: Pasañal y Pio Jordán | 25% | 25% |
| | Realizar levantamiento de la caracterización de los grupos de valor - Tomar el proyecto de satisfacción institucional para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a las diferentes áreas y servicios de la institución. | Informe con registro fotográfico | SIAU | Caracterización de grupos de valor | Satisfacción institucional de acceso a los usuarios a los diferentes servicios | Se realizó levantamiento de caracterización de grupos valor de la entidad en el mes de agosto 2023 En cada hospital y centro de salud de la red de la ESE, se fortaleció la señalización de las respectivas áreas, con el fin de mejorar el acceso de los usuarios en cada centro hospitalario | 33% | 33% |
| 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) | Des capacitaciones al año (planilla de asistencia) | Talento Humano SIAU | En este seguimiento se evidenció capacitación realizada a servidores y contratistas de los hospitales y centros de salud | Se cuenta con evidencias fotográficas y planillas de asistencia de la sede principal, hospital Tame, Hospital Forul, Crows 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. | Des capacitaciones al año (planilla de asistencia) | Talento Humano SIAU | Capacitación temas relacionados con mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio), comunicación asertiva y lenguaje simple. | Se cuenta con programación en Cultura Organizacional, Clima Laboral, Trabajo en Equipo, Servicio al Ciudadano. | | 33% | 33% |
| 4. Normativo y procedimental | Publicar de manera semestral, el informe de gestión de los PQRS | Des informes de Gestión publicados en la web | SIAU | Se hace publicación semestral de informe PQRSOP | https://www.morenoyclavijo.gov.co/temas-de-comunicacion/ | | 33% | 33% |
| | Realizar campañas informativas sobre responsabilidad de los servidores públicos a los derechos de los ciudadanos. | Campañas con responsabilidad de los servidores en los derechos de los usuarios | SIAU | Realizar campañas informativas sobre responsabilidad de los servidores públicos a los derechos de los ciudadanos. | Se realizan socializaciones con el fin de sensibilizar a los servidores en los derechos y deberes de los usuarios | | 33% | 33% |
| | Publicar en los canales de atención la carta de diez reglas de oro para el trato digno | Carta de Trato digno socializada y publicada | SIAU | Gestionar publicación de carta de diez reglas de oro para el trato digno | Se cuenta con la carta de diez reglas de oro para el trato digno al usuario | | 33% | 33% |
| 5. Relacionamiento con el ciudadano | Realizar protocolo de Atención al ciudadano | Des capacitaciones en Atención al ciudadano y lenguaje claro a los servidores de toda la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo | SIAU | Capacitaciones en Atención al ciudadano y lenguaje claro a los servidores de la entidad | Se cuenta con pliego 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 a enero de 2023, sin embargo se recomienda actualizarlo según Circular Ex. 2023151000000010-5 de 2023 22-06-2023 de la Superintendencia | 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 esta información como base en las reuniones de los grupos de mejora | Des informes de Gestión publicados en la web | SIAU Comunicaciones | Evaluación y retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias | Se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias, de manera periódica | | 33% | 33% |

De acuerdo al monitoreo realizado, los resultados acumulados fueron del 95%, sobre el cumplimiento de las 59 actividades planteadas en el PAAC 2023.



CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

| Componente 5: Transparencia y acceso a la información | | | | | | | EQUILIBRIO / AVANCE DE GESTIÓN | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|-----|
| SUBCOMPONENTE | ACTIVIDAD | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | META O ENTREGABLE | EVIDENCIA | OBSERVACIONES | SEMI-CUMPLIMIENTO 2 | TOTAL | |
| 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 | Realizar capacitaciones a funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014. | Se realizó en el mes de julio 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 | Realizar capacitaciones a usuarios de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014. | Se realizó en el mes de agosto 2023, se encuentran planillas de asistencia | | 33% | 33% | |
| | Publicar la información según normatividad en el marco de transparencia y acceso a la información pública | Generar, organizar y publicar la información | Sistemas de la información SIAU | Se realizan publicaciones oportunas de la información allegada por las diferentes oficinas y que son normativas en el marco de transparencia y acceso a la información pública | Región web www.moreno.gov.co https://www.morenoclavijo.gov.co/acceso-a-la-informacion-y-transparencia/ | | | 33% | 33% |
| | Asegurar el registro de los contratos de la entidad en el SECCP | Registro en el SECCP del 100% de los contratos | Talento Humano | Registro total de todos los contratos en SECCP de la entidad | https://www.moreno.gov.co/Portal/Transparencia/Contratos https://www.moreno.gov.co/Portal/Transparencia/Contratos | | | 33% | 33% |
| | 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 | Escala salarial publicada en pág. web institucional | Se evidencia en: https://www.morenoclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/08/Aguinaldo-Salarial-2023-2025-Moreno-y-Clavijo.pdf | Se recomienda realizar cargue de información relacionada a honorarios y equivalencia para los contratos de prestación de servicios profesionales e de apoyo a la gestión que celebre la entidad. | | 33% | 33% |
| | Asegurar el registro de las hojas de vida de los servidores y contratistas de Función Pública en el SECCP | Registro en el SECCP del 100% de las Hojas de Vida | Talento Humano | Registro del 100% de hojas de vida en sigep | Se está llevando a cabo el registro del talento humano | Se recomienda realizar cargue del total de los servidores y contratistas | | 20% | 20% |
| 2. Lineamientos de Transparencia pasiva | Definir la respuesta a derechos de petición en la norma | Esquema de publicación de la información actualizado | SIAU | Se gestionaron las respuestas oportunas a los derechos de petición presentados en el cuatrimestre | Equipo Sistemas de Información: solicitudes de información/2023 | Durante el segundo cuatrimestre, los líderes de SIAU y Sistemas de Información manifestaron 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 | En el periodo evaluado se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 2do trimestre 2023 | Equipo sistemas de información Dico D. GONZALEZ/CCO,licitud 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 | En el periodo evaluado, se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 2do trimestre 2023 | Informe de gestión trimestral cargado | | | 33% | 33% |
| | 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 | En el periodo evaluado se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 2do trimestre 2023 | 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 | Resolución Aprobada | Sistemas de Información | Resolución 078/2020 Acto administrativo costos de reproducción | https://www.morenoclavijo.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 reservada y la tabla de control de acceso | Índice de información clasificada y reservada actualizado, adoptado y publicado | Comunicaciones Gestión Documental | Se encuentra dentro del PINAM para la vigencia 2023 | Se encuentra actualizado en https://www.morenoclavijo.gov.co/pinar-digobierno/ | | 33% | 33% | |
| | Actualizar el esquema de publicación de información | Esquema de publicación de la información actualizado | Comunicaciones Gestión Documental | Se encuentra esquema de información actualizado en agosto 2023 | https://www.morenoclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/08/Esquema-de-Info-1401-04-2023-0001-1.pdf https://www.morenoclavijo.gov.co/esquema-de-publicacion-de-informacion/ | | 33% | 33% | |
| | 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 | Se encuentra la publicación del índice Información Reservada y Clasificada en la sección de Transparencia y acceso a la información pública | Esquema de publicación de la información: https://www.morenoclavijo.gov.co/esquema-de-publicacion-de-informacion/ | | | 33% | 33% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 35 de 365 |

1. Se observa que, dentro de este cuatrimestre, se dio cumplimiento a los compromisos plasmados dentro de los cinco componentes del PAAC, como son Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción, Racionalización de Trámites, Atención al ciudadano, Rendición de Cuentas, Transparencia y acceso a la información, observándose el compromiso por parte de los líderes del proceso, según resultado obtenido por Monitoreo realizado.

2. Es necesario mantener una trazabilidad desde el área SIAU, a todas las actividades concernientes a la comunicación directa con el ciudadano con la simplificación y racionalización de los trámites, a través de los mecanismos SIAU.

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.

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 de cada una de las vigencias de la 2020 a la 2023.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 36 de 365 |

| Proceso/ Subproceso | Nombre del Riesgo | Control Existente | Acciones Preventivas | Acciones realizadas | Evidencias | Observaciones | Seguimiento 2 | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| PROCESOS MISIONALES | | | | | | | | |
| Atención Ambulatoria de consulta Externa | Incumplimiento de las metas contractualmente por cada EAPB | Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevea retroceso del Talento Humano | Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores | Se recibieron oficios emitidos por directores, en donde se evidencian los cuadros de turnos del mes, con eventualidades del mes correspondiente. Se realizaron cambios en topes de horas por necesidad del servicio en el centro de salud de Panamá, y el centro de salud de Puerto Jordan. | Cuadros de turnos y oficios emitidos por la subgerencia a talento humano, mes a mes de acuerdo a las necesidades presentadas a cada uno de los directores de la red hospitalaria. Se evidencian paquetes en físico, en el área de subgerencia de salud y en correo electrónicos del área | Se recomienda que las certificaciones de los directores y coordinadores las evien debidamente firmados. | 33% | |
| | | Se controla a través de el software 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma registro en libro a facturación | Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales fueron facturadas | Se recibieron certificaciones firmadas por la coordinación de PyM y Directores y Centros de Salud, donde se contextualizan las actividades realizadas con corte al mes de julio. | Certificaciones almacenadas en PC:PyM/documentos/soportes hospitalesruta Ruta-disco local D/ año 2023/informe de gestion/soporte mapa de riesgos/informes mensuales/certificaciones | | | 33% |
| | | Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla | Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda | En cada reunión realizada de acuerdo a la necesidad, se toman pantallazos y evidencian soportes de las fallas presentadas | Se encuentran pantallazos del centro de ayuda salud 360 (de diferentes soportes) en el periodo de seguimiento. PC:PyM/documentos/soportes hospitales | | | 33% |

| | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|
| Atención Asistencial Parto | Disminución de la morbilidad materna perinatal | Incrementar demanda inducida y efectiva | Rips de Facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal. | Se verifican de forma mensual y cuando se requiera esta actividad. En los hospitales y centros de salud se realiza de manera quincenal | En salud 360 y en el correo: apoyopyp@esemorenoyclavijo.gov.co . Informes consolidado con sus respectivos rips | | 33% |
| | | | Cronogramas de salidas extramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud. | Se realizan cronogramas mensuales de salidas extramurales, garantizando las jornadas de salud en centros poblados rurales y veredas | Se encuentran evidencias fotográficas y cronogramas mensuales de los Hospitales y centros de salud de la entidad. PC:PyM/documentos/soportes hospitales/salidas extramurales | | 33% |
| | | | Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente | Las bases de datos se encuentran actualizadas en la plataforma del Sigres por parte de la red hospitalaria. Así mismo se encuentran a través del software salud360 | Evidencias en salud360/informes/inconsultaexterna/inform mes gestantes en plataforma sigres de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias. | | 33% |
| | | | Formato de seguimiento de gestantes insistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa | Se realiza a través de las cohortes de las gestantes se evidencia la inasistencia de las mismas al programa, las cuales se les realizan llamadas telefónicas y se reagenda la cita de control prenatal PYMFO 149 | Evidencias en salud360/informes/inconsultaexterna/inform mes gestantes en plataforma sigres de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias. | | 33% |
| | | | Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de información y comunicación para la promoción de la salud materna | Se han realizado estrategias de información acerca de la promoción de la salud materna (consultorio rosado y pomeroy) | Se evidencian en la pagina del Facebook | | 33% |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |
| | Versión 01 Página 37 de 365 | |


| LABORATORIO-SALUD PUBLICA- TA | | | | | | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|
| Apoyo Diagnóstico | Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio | Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clínico con vigencia anterior. | Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente | Se realizó la actualización del manual de procedimientos de laboratorio clínico con fecha 02 de febrero de 2023. Se hizo actualización de los manuales de hematología, toma de muestras, conservación y transporte, control de calidad interna y externa, manual de microbiología, inmunología, química clínica, manual de uso y re uso de material de laboratorio, limpieza y desinfección áreas de laboratorio, manual de laboratorio clínico, manejo de residuos de laboratorio, incidentes y eventos adversos en el laboratorio, bioseguridad en el laboratorio, buenas practicas de esterilización. | Correo electrónico y Ruta/ escritorio- documentos 2023-laboratorio clinico-manuales-manuales 2023 | | 33% | |
| | | Registro de Capacitaciones y socializaciones de guías y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el Instituto Nacional de Salud y más entes de control | Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico | Es elaborado por cada coordinador de laboratorio, de manera trimestral | Sin evidencia de plan de trabajo de todos los hospitales y centros de salud | | | 33% |
| | | Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución | Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clínicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa de Desempeño en Química clínica hematología. | De manera mensual se reporta a RIQAS los controles de calidad externos de hematología y química, ya se presentó control de calidad de tiras de orina, sedimento de orina y pruebas de embarazo. | Correo electrónico, pantallazos enviados por parte de cada laboratorio, el último reporte de fecha 01 de septiembre de 2023, hematología y química | | | 33% |
| PAI | Errores programáticos | Vigilar que información sea verificada antes de la aplicación del Biológico | Verificación con sistemas de información (Grupo WhatsApp) | Se han realizado las verificaciones oportunas antes de aplicación de los biológicos | Se evidencia en grupos de wasap, pantallazos de verificaciones, uso de plataforma de vigiflow para reportes de errores programáticos | Verificar carnet de vacunacion, confrontar con planilla y con pai web | 33% | |
| | | | Capacitación y medición de adherencia del procedimiento | Se ha realizado capacitación y adherencia a ésta, en el mes de marzo 2023, en los hospitales de Arauquita y Pto Rondón | Se evidencia acta de capacitación, guardada en el PC de PAI | Se recomienda continuar con capacitaciones en demás hospitales y centros de salud de la ESE | 20% | |
| Atención de Urgencias/Atención Asistencial | Inoportunidad en la atención | Elaboración de triage con tiempo de atención | Realizar medición a la oportunidad de atención de consulta general | Se incluyó esta actividad en informe de gestión de segundo trimestre 2023, presentado a supergerente de salud de la entidad | Informe de gestión segundo trimestre 2023 | | 33% | |
| | | | Realizar seguimiento a la oportunidad de atención . | Se incluyó esta actividad en informe de gestión de segundo trimestre 2023, presentado a supergerente de salud de la entidad | Informe de gestión segundo trimestre 2023 | | 33% | |
| | Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales | Guías, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Protección Social | Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022 Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE. | Se encuentra en ejecución Se encuentra en ejecución | Actividad se encuentra en ejecución Sin evidencias | | 20% 0% | |
| SALUD PUBLICA | Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiológica | Lineamientos SMVGLA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS | Epidemiológica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes | Se encuentra actualizado y aprobado desde el mes de Mayo/2023 version 03 VEP-MA-001 | Manual de Vigilancia Epidemiológica 2023/ RUTA/Escritorio documentos 2023 2 salud publica 2023 1manual vsp/manuales | | 33% | |
| | | | Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública | En el mes de Junio/2023 se realizó evaluación para evaluar adherencia de cumplimiento del Manual de salud Publica | Evaluación, listado de participantes, análisis de evaluación y link generado para evaluación por medio de google forms. RUTA/Escritorio documentos 2023 2 salud publica 2023 1manual vsp/manuales | | 33% | |
| | Falla en la Vigilancia Epidemiológica | Lineamientos SMVGLA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 | Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP(Eventos de Interés en Salud Publica) en la red | Se diseñó el formato de seguimiento a las notificaciones semanales código VEP-FO-021, de fecha 19 de abril de 2013, con el cual se verifica la oportunidad de la notificación de manera semanal desde la UPGD "unidad primaria generadora del dato" hacia la unidad notificadora Municipal | Formato código VEP-FO-021, RUTA/ Escritorio- documentos 2023-salud publica 2023-semana epidemiológica 2023-formato seguimiento semanal-tablero seguimiento a notificación. También se cuenta con los pantallazos por medio del correo electrónico los cuales son recibidos por vigilancias en salud publica los días lunes de cada semana antes de las 12 am | | | 33% |
| | | | Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional | Se creó formato código VEP-FO-021, el día 19 de abril de 2023, y el día 20 se socializó en el comité de vigilancia epidemiológico. Se realiza de manera las socialización en el comité de Vigilancia epidemiológica el seguimiento a la oportunidad de la notificación. Actualmente se llevan hasta la semana epidemiológica 35 | Presentación del formato en power Paint, y el acta de comité mensual hasta el mes de julio 2023, que se hizo el día 15 de Agosto 2023 | | 33% | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |
| | Versión 01 | |
| | | Página 38 de 365 |

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Traslado Asistencial | Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad | Guías, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Protección Social | Realizar seguimiento con formato establecido en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente | Desde junio de 2023, se implementó el seguimiento por medio de bitácoras, socialización de formato de ref y contrareferencia a los hospitales para el traslado oportuno a los pacientes y los evaluo por medio de evaluación de google forms el 03 de agosto 2023 | Formatos, informes de gestión y evaluaciones en google forms | 33% |
| | | | Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del día un vehículo para traslados tanto municipal como intermunicipal constante | Se cuenta con bitácoras como registro de salida y disponibilidades de vehículos para prestación de servicios de urgencia | Se evidencia Formato RYC-FO-001 Referencia y contrareferencia bitácora, diligenciado | 33% |
| | | | Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia. | En los hospitales y centros de salud adscritos a la ESE, es responsabilidad de los directores y/o coordinadores realizar seguimiento al consumo de combustible de los vehículos. Desde la sede administrativa se realiza igualmente seguimiento a estos consumos. El formato de bitácoras de referencia y contrareferencia se encuentra actualizado, con el fin de optimizar los controles de combustibles y mantenimiento de los vehículos | Se evidencian relación de seguimientos en cada hospital y centros de salud. Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos. | 33% |

| FARMACIA | | | | | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica | Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Médicos. | Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor | Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor. | Es realizado mediante los informes que envían los proveedores, luego en el comité de farmacia, se socializa el estado de abastecimiento de los dispositivos médicos que hacen falta. | Ultima acta de comité de farmacia de fecha de 09 de junio 2023, se realiza de manera virtual | 33% | |
| | | Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia. | Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato realizado para la Adquisición. | Se realiza el estudio de necesidades de manera cuatrimestral y es firmado por la subgerente de salud, durante la vigencia 2023 se realizó el estudio de conveniencia y oportunidad con fecha 20 de junio y 01 de agosto, y se realiza la adquisición mediante los siguientes contratos 003-0034-23 003-0032-2023 | RURA/ escritorio carpeta estudios- carpeta de segundo suministros de matos y dm 2023 | 33% | |
| | | Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia. | Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades. | Se realiza por parte de las auxiliares de farmacia de cada hospital dentro de los primeros 5 días de cada mes, posteriormente se revisa por parte de la regente las cantidades y se realiza el traslado en la plataforma 360. | Se realizan las consultas de los traslados en línea por medio de 360 | 33% | |
| | Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas. | Manuales de Farmacia y Protocolos existentes. | Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad. | Ultima actualización en el año 2022 el día 25 de noviembre. Manual de farmacovigilancia, regente de farmacia, 20 de noviembre de 2020, pendiente por actualizar, manual de auxiliares actualizado de fecha 25 de noviembre, manual control especial monopolio del estado de fecha 25 de noviembre del 2022, Manual de protocolo de medicamentos lassa y alto riesgo de fecha 20 de noviembre de 2020. | Manuales en formato pdf ruta/ escritorio/ formatos actualizados 2022 | Se sugiere realizar la actualización de los manuales según normatividad vigente y de acuerdo con las necesidades de la entidad | 33% |
| | | Formatos aprobados por calidad | Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia | se realizo la socialización y adherencia al personal el día 24 de julio de 2023 de manera virtual | Acta de comité | 33% | |
| | Desvíos de recursos Económicos y físicos | Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables década Hospital y Centros de Salud | Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales | Se evidencia las certificaciones de Inventarios por parte de los Directores y responsables década Hospital y Centros de Salud | RUTA/Escritorio carpeta/ PAOCI/Certificación | 33% | |
| | | Semaforización total de los medicamentos e Insumos Médicos existentes. | inventario semestral | Se realiza el seguimiento de manera trimestral en medio físico debido a que no se puede monitorear por medio del programa 360 | En medio físico realizado por los auxiliares de farmacia | 33% | |
| | | Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización | Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización | Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia | Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia | 33% | |

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 39 de 365 |

cada uno de los líderes de procesos; para el siguiente monitoreo, realiza el monitoreo de forma virtual para todos los centros asistenciales que no se pudieron visitar en el presente ejercicio, como son **HOSPITAL DE PUERTO RONDÓN, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA. HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI. HOSPITAL CRAVO NORTE, EL CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDÁN. Y EL CENTRO DE SALUD DE PANAMA.**

Fue común denominador la falta de evidencias de los seguimientos y retroalimentaciones de los temas que presentan debilidad en el personal, dejar evidencia correo o certificación de que es realizado el seguimiento respectivo.

Se sugiere actualizar el manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio de 360


Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información., enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad y actualizar la matriz para el tercer cuatrimestre

A dirección se recomienda Realizar **seguimiento al consumo de combustible** de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia ya que No se presentó el reporte del segundo cuatrimestre.

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% última evaluación

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 40 de 365 |

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2022



FUNCIÓN PÚBLICA

El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

DEPARTAMENTO: Arauca

MUNICIPIO: ARAUCA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de planeación

NOMBRE DILIGENCIADOR: PAULA ANDREA DUARTE LIZARAZO con C.C No.52692493

HABILITADO DESDE – HASTA: 21/06/2023 - 28/07/2023

VIGENCIA REPORTADA: 2022

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,



LEONARDO MOLINA HENAO
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional




Uri: <http://furag.funccionpublica.gov.co/furag/#/reportes/verificar-certificado/a8a830e7-bf91-46dc-95a1-cfd200bd402>

Fecha de impresión: 19/07/2023 Hora: 09:55 Página 1 / 1

Carrera 6 No. 12-02, Bogotá D.C., Colombia / Teléfono: 7395556 / Fax: / 7395557 / Línea gratuita: 018000 917 770 / Código Postal: 111711
www.funccionpublica.gov.co / eva@funccionpublica.gov.co

Se presento FURAG durante cada vigencia esta es la ultima certificación del año 2022


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 41 de 365 |

PRENSA Y COMUNICACIONES

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

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 - Plan y política de comunicación desactualizada y no ejecutadas - Mala imagen de los servicios de salud a nivel nacional - Cartelera informativa sin uso - Televisores informativos insuficientes y los que existen no tienen uso informativo | <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 para los operadores de este servicio. - Acceder a donaciones y convenios con diversas entidades para fortalecer la red hospitalaria | Oportunidades |
| 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 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 42 de 365 |


2. 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 género con colaborados de la entidad.
 - Cubrimiento jornada de vacunación y atención médica en la vereda caño arena
 - Cubrimiento semana de las américas y jornada de vacunación binacional.
 - 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 jornada de pomeroy en Hospital San Ricardo Pampuri.
 - Cubrimiento jornada quirúrgica de pomeroy Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón.
 - Cubrimiento fotográfico conmemoración 18 años ESE Moreno y Clavijo
 - Cubrimiento jornada quirúrgica de pomeroy Hospital San Francisco de Fortul.
 - Cubrimiento día internacional de seguridad del paciente
 - Cubrimiento arribo equipo Operación Sonrisa Hospital San Antonio
 - Cubrimiento jornada de cirugías Operación sonrisa Tame
 -


- **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
 - Producción edición y publicación de video conmemoración 18 años de la empresa
 - Edición Video usuarios de la red – 18 años
 - Cubrimiento entrega de ambulancia medicalizada en el Hospital San Antonio de Tame - Video.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 43 de 365 |

- Video resumen jornada Operación Sonrisa Tame
- Producción Audiovisual arribo Operación Sonrisa Hospital San Antonio
- Producción Audiovisual Operación Sonrisa en Hospital de Tame
-
- **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
 - 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

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 365 |

- 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
- Diseño jornada de atención en salud población migrante.
- Difusión jornada de vacunación nacional.
- Diseño sobre vacante de médico general y bacteriólogo.
- Diseño jornada nacional de vacunación.
- Diseño condolencias institucional
- Diseño puntos de vacunación jornada nacional de vacunación
- Diseño conmemoración 18 años ESE Moreno y Clavijo.
- Diseño vacante de auxiliar de enfermería
- Diseño, comunicado sobre fallas técnicas en portal institucional.
- Diseño día del llanero en la ese Moreno y Clavijo.
- Diseño condolencias familiar Hospital San Francisco.
- Diseño de agenda institucional, sombrilla y pad mouse institucional.
- Diseño jornada de morenito saludable 2023.
- Diseño tarjeta de cumpleaños institucional gerente Wilder Ortiz.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 45 de 365 |

- Diseño prevención del suicidio.
- Diseño jornada nacional de vacunación.
- Diseño condolencias institucional
- Diseño y difusión jornada de Operación Sonrisa en Hospital San Antonio
- Diseño 2 Operación Sonrisa
- Diseño día de la seguridad del paciente

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 de las vigencias 2020 a la 2023.

2. INFORME SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA


La Subgerencia Administrativa y Financiera presenta el Informe de Gestión del cuatrienio del año 2020 al 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 tercer 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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 46 de 365 |

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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 tercer 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 tercer trimestre del año 2023. Los procesos y subprocesos realizan un análisis detallado de los informes de gestión.


2.1 SUBPROCESO GESTIÓN CONTABILIDAD.

Análisis comparativo de la ejecución presupuestal con la vigencia anterior 2021-2022 y Condiciones financieras de la entidad y la gestión de los recursos del sistema.

ANALISIS FINANCIERO DURANTE EL CUATRENIO 2020-2023

BALANCE PRESUPUESTAL III TRIMESTRE 2020

El balance presupuestal del año 2020, presenta una apropiación inicial de **\$27.298.392.852**, con unas Adiciones totales de **\$7.521.042.209**, reducciones por valor de **\$459.115.027** para un presupuesto definitivo de **\$ 34.360.320.034,54**

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|  NIT: 900.304.131 - 8 | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 47 de 365 |

Cuadro 1 Modificaciones y traslados al presupuesto

| APROPIACION INICIAL | ADICIONES | REDUCCIONES | CREDITOS | DEBITOS | DEFINITIVO |
|---------------------|---------------|-------------|------------------|------------------|-------------------|
| 27,298,392,852.00 | 7,521,042,209 | 459,115,027 | 3,248,612,947.50 | 3,248,612,947.50 | 34,360,320,034.54 |

Las adiciones al presupuesto están asociadas con recursos del balance de la vigencia anterior, adiciones de recursos de la Nación para prestación de servicios de salud y recursos del Departamento (Decreto 538 de 2020) y Decreto 268 Subsidio a la Oferta para mitigar la Emergencia Sanitara declarada por la Pandemia COVID 19.

BALANCE DE INGRESOS

Cuadro2 Balance de Ejecucion de Ingresos

Vales en miles


| CONCEPTO | P | APROPIADO | RECONOCIDO | % EJE | RECAUDO | % EJE | CXC |
|----------------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|------------------|
| DISPONIBILIDA INICIAL | 2% | 651,890 | 651,890 | 100% | 651,890 | 100% | - |
| ..DI R. PROPIOS | 1 | 338,325 | 338,325 | 100% | 338,325 | 100% | - |
| ..D.I DESTINACION ESPECIFICA | 2 | 313,565 | 313,565 | 100% | 313,565 | 100% | - |
| INGRESOS CORRIENTES | 83% | 28,623,707 | 32,488,957 | 114% | 25,903,858 | 80% | 6,585,099 |
| INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS | 1 | 23,612,460 | 27,600,670 | 117% | 21,015,571 | 76% | 6,585,099 |
| OTROS INGRESOS PROPIOS | 1 | 39,244 | 3,254 | 8% | 3,254 | 100% | - |
| APORTES MPIO S DPTO O NACION | 1:2 | 4,972,003 | 4,885,033 | 98% | 4,885,033 | 100% | - |
| RECURSOS DE CAPITAL | 15% | 5,084,723 | 3,238,086 | 64% | 3,238,086 | 100% | - |
| RECUPERACION DE CARTERA | 6 | 5,084,723 | 3,238,086 | 64% | 3,238,086 | 100% | - |
| INGRESOS TOTALES | 100% | 34,360,320 | 36,378,933 | 106% | 29,793,834 | 82% | 6,585,099 |
| SUBTOTAL R PROPIOS | 85% | 29,074,752 | 31,180,335 | 107% | 24,595,236 | 79% | 6,585,099 |
| SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA | 15% | 5,285,568 | 5,198,598 | 100% | 5,198,598 | 100% | - |

Del total de los ingresos apropiados un **2%** corresponde a la disponibilidad inicial un **83%** a ingresos corrientes y un **15%** a recursos de capital por recuperación de cartera.

Del total de la disponibilidad inicial **\$338** millones corresponden a recursos propios y **\$313** millones a recursos de destinación específica para inversión en la construcción del Hospital San José de Cravo y aportes de la nación para inversión en salud.

Los ingresos corrientes de la ESE Moreno y Clavijo están representados por las ventas de servicios directas a las diferentes EPS y los rendimientos generados en el ejercicio fiscal.

Los recursos de capital están asociados generalmente a la recuperación de cartera por venta de servicios y otros ingresos por venta de activos no financieros.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 48 de 365 |

La distribución por recurso muestra una participación del **85%** para los ingresos propios y un **15%** para los ingresos de destinación específica.

EJECUCION DE INGRESOS

El balance de ejecución presupuestal del reconocimiento presenta un acumulado total del **106%** con un recaudo efectivo del **82%**.

En lo que respecta a la ejecución por tipo de recurso los ingresos propios alcanzan una ejecución del **107%**, con un recaudo efectivo del **79%** y los recursos de destinación específica un **\$100%** con un recaudo efectivo del **100%**.

EJECUCION DE GASTOS

El presupuesto de gastos al igual que el ingreso, presenta una apropiación definitiva de **\$34.360.320.034,54**, con una participación del **80%** para gastos de funcionamiento, un **17%** para gastos de operación y un **3%**, para gastos de inversión.

BALANCE DE GASTOS


Cuadro 5 Balance Ejecucion de gastos

Vales en miles

| CONCEPTO | P | APROPIADO | COMPROM | % EJE | PAGOS | % EJE | CXP |
|----------------------------------------------|---|-------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|------------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 1 | 27,333,209 | 24,723,423 | 90% | 23,367,120 | 95% | 1,356,303 |
| ..Gastos de Personal | | 19,348,508 | 17,547,476 | 91% | 17,357,307 | 99% | 190,169 |
| ..Gastos Generales | | 6,548,038 | 5,765,264 | 88% | 4,920,825 | 85% | 844,439 |
| ..Transferencias | | 1,436,663 | 1,410,683 | 98% | 1,088,988 | 77% | 321,695 |
| GASTOS DE OPERACIÓN CTE | 1 | 5,795,321 | 5,307,170 | 92% | 4,644,509 | 88% | 662,661 |
| ..Compra de Bienes y Servicios para la venta | | 5,795,321 | 5,307,170 | 92% | 4,644,509 | 88% | 662,661 |
| GASTOS DE INVERSION | 2 | 1,148,568 | 272,683 | 24% | - | 0% | 272,683 |
| TOTALES | | 34,277,098 | 30,303,276 | 88% | 28,011,629 | 92% | 2,291,647 |
| SUBTOTAL R PROPIOS | 1 | 28,991,530 | 26,001,548 | 90% | 23,988,355 | 92% | 2,013,193 |
| SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA | 2 | 5,285,568 | 4,301,728 | 81% | 4,023,274 | 94% | 278,454 |

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 cerca del 60% del objeto social de la empresa.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 49 de 365 |

Los gastos Operacionales están relacionados con la adquisición de bienes y servicios directos para la prestación del servicio (insumos médicos, alimentación a pacientes y compra de servicios para la prestación incluida la adquisición de bienes y servicios para la ejecución de convenios interadministrativos suscritos con las entidades territoriales para las actividades de salud pública.

El balance de gastos tal como se refleja en el cuadro, arroja una ejecución total del **88%**, respecto de la apropiación definitiva, a su vez los compromisos reflejan una ejecución en pagos del **92%**.

Los gastos de funcionamiento presentan una ejecución del **90%** con una ejecución en pagos del **95%**.

Los gastos de Operación presentan una ejecución del **92%** con una ejecución en pagos del **88%**.


Los gastos de inversión presentan una ejecución del **24%** con una ejecución en pagos del **0%**.

El balance final arroja unas cuentas por pagar totales por valor de **\$2.291** millones, tal como se detalla a continuación.

CUENTAS POR PAGAR

Detalle de las Cuentas por pagar

| CONCEPTO CXP | VALOR |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Gastos de Personal | 99,055,852 |
| Gastos Generales | 976,321,902 |
| Rezago Vigencia Anterior Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios | 660,483,078 |
| Gastos de Inversión | - |
| Rezago Vigencia Anterior Gastos de Personal | 91,113,664 |
| Rezago Vigencia Anterior Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios | 2,177,635 |
| Rezago Vigencia Anterior Gastos Generales | 184,611,596 |
| Rezago Vigencia Anterior Transferencias Corrientes | 5,200,000 |
| Rezago Vigencia Anterior Inversion | 272,683,404 |
| Totales | 2,291,647,131 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 50 de 365 |

Las deudas por concepto de rezago de vigencias anteriores están asociadas proveedores de bienes y servicios, los cuales no han legalizado el trámite de cuenta o que aún se encuentran en tesorería por falta de efectivo para el pago.

CONCLUSIONES

Para el IV trimestre del año 2020, no se alcanzó el resultado esperado en cuanto a los indicadores de Recaudo frente al compromiso total del periodo objeto de evaluación, pero aun así la gestión de la Entidad durante la vigencia fue positiva, teniendo en cuenta las dificultades afrontadas frente a la Pandemia COVID-19.


BALANCE PRESUPUESTAL IV TRIMESTRE 2021

El balance presupuestal del II trimestre del año 2021, presenta una apropiación inicial de **\$29.995.504.041**, con unas Adiciones totales de **\$ 7.122.672.733**, para un presupuesto definitivo de **\$37.118.176.774**.

Cuadro 1 Modificaciones y traslados al presupuesto Ingreso

| APROPIACION INICIAL | ADICIONES | REDUCCIONES | CREDITOS | DEBITOS | DEFNITIVO |
|---------------------|-----------|-------------|---------------|---------|-----------------------|
| 29.995.504.041 | - | - | 7.122.672.733 | - | 37.118.176.774 |

Las adiciones al presupuesto están asociadas con recursos del balance de la vigencia anterior, adiciones de recursos de la Nación para prestación de servicios de salud, convenios suscritos con Entidades Gubernamentales y el Decreto 538 de 2020.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  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 51 de 365 | |

BALANCE DE INGRESOS

Cuadro2 Balance de Ejecucion de Ingresos

Vales en millones

| CONCEPTO | P | APROPIADO | RECONOCIDO | % EJE | RECAUDO | % EJE | CXC |
|------------------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|----------------------|
| DISPONIBILIDAD INICIAL | 4,2% | 1.552.921.651 | 1.552.921.651 | 100% | 1.552.921.651 | 100% | - |
| RECURSOS PROPIOS | 2. | 491.332.080 | 491.332.080 | 100% | 491.332.080 | 100% | - |
| DESTINACION ESPECIFICA | 7. | 202.930.276 | 202.930.276 | 100% | 202.930.276 | 100% | - |
| DESTINACION ESPECIFICA | 5. | 858.659.295 | 858.659.295 | 100% | 858.659.295 | 100% | - |
| INGRESOS CORRIENTES | 91,3% | 33.887.194.099 | 41.617.650.702 | 123% | 34.603.944.433 | 83% | 7.013.706.269 |
| INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS | 2 | 25.948.072.117 | 33.538.342.652 | 129% | 26.524.636.382 | 79% | 7.013.706.269 |
| CXC | 3 | 5.077.647.982 | 5.217.833.997 | 103% | 5.217.833.997 | 100% | - |
| APORTES MPIO S DPTO O NACION | 5 | 2.861.474.000 | 2.861.474.053 | 100% | 2.861.474.053 | 100% | - |
| RECURSOS DE CAPITAL | 1 | 1.678.061.023 | 1.638.873.072 | 98% | 1.638.873.072 | 100% | - |
| RENDIMIENTOS FINANCIEROS CUENTAS DE A | 6 | 6.602.323 | 1.707.851 | 26% | 1.707.851 | 100% | - |
| PRESTAMO ADQUISICION VEHICULO TIPO BUSE | 6 | 150.000.000,00 | 149.250.000,00 | | 149.250.000,00 | | - |
| DONACIONES | 6 | 1.847.000,00 | 1.847.000,00 | | 1.847.000,00 | | - |
| CONDICIONADAS A LA ADQUISICION DE UN ACT | 7 | 86.970.118 | 86.970.118 | 100% | 86.970.118 | 0% | - |
| CONDICIONADAS A LA DISMINUCION DE UN PA | 7 | 1.400.000.000 | 1.390.977.332 | | 1.390.977.332 | | - |
| RECUPERACIONES | 6 | 32.641.582 | 8.120.770 | 25% | 8.120.770 | 100% | - |
| INGRESOS TOTALES | 100,0% | 37.118.176.774 | 44.809.445.425 | 121% | 37.795.739.156 | 84% | 7.013.706.269 |
| SUBTOTAL R PROPIOS | 1 | 31.556.296.084 | 39.257.337.350 | 124% | 32.243.631.081 | 82% | 7.013.706.269 |
| SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA | 2 | 5.561.880.690 | 5.552.108.075 | 100% | 5.552.108.075 | 100% | - |

Del total de los ingresos apropiados un **4.2%** corresponde a la disponibilidad inicial un **91.3%** a ingresos corrientes y un **4.3%** a recursos de capital por rendimientos financieros, condicionados a la adquisición de un activo y recuperación.

Del total de la disponibilidad inicial **\$491** millones corresponden a recursos propios y **\$1.061** millones a recursos de destinación específica para inversión en la adecuación del Hospital Viejo donde se encuentra la sede central administrativa y aportes de la nación para inversión en salud.


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, adquisición de activos y recuperaciones.

La distribución por recurso muestra una participación del **85%** para los ingresos propios y un **14%** para los ingresos de destinación específica.

EJECUCION DE INGRESOS

El balance de ejecución presupuestal del reconocimiento presenta un acumulado total del **85%** con un recaudo efectivo del **76%**.

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 52 de 365 |

En lo que respecta a la ejecución por tipo de recurso los ingresos propios alcanzan una ejecución del **77%**, con un recaudo efectivo del **67%** y los recursos de destinación específica un **\$100%** con un recaudo efectivo del **100%**.

EJECUCION DE GASTOS

Cuadro 1 Modificaciones y traslados al presupuesto Gasto

| APROPIACION INICIAL | ADICIONES | REDUCCIONES | CREDITOS | DEBITOS | DEFINITIVO |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------|-----------------------|
| 29.995.504.041 | 5.267.339.554 | 5.267.339.554 | 7.122.672.733 | 0 | 37.118.176.774 |

El presupuesto de gastos al igual que el ingreso, presenta una apropiación definitiva de **\$37.118.176.774**, con una participación del **96%** para gastos de funcionamiento, y un **3%** para gastos de inversión y un **1%** para servicio a la deuda pública

BALANCE DE GASTOS

Cuadro 5 Balance Ejecucion de gastos


| CONCEPTO | P | APROPIADO | COMPROM | % EJE | PAGOS | % EJE | CXP |
|--------------------------------------------------|------|-----------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|----------------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 1 | 35.770.163.749 | 33.526.895.963 | 94% | 32.747.037.653 | 98% | 779.858.310 |
| ..GASTOS DE PERSONAL | 11% | 4.167.153.301 | 3.908.103.160 | 94% | 3.908.103.160 | 100% | 0 |
| ..GASTOS DE PERSONAL CXP | 0% | 40.000.000 | 39.916.240 | 100% | 39.916.240 | 100% | 0 |
| ..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | 62% | 23.074.883.637 | 21.796.060.330 | 94% | 21.289.192.873 | 98% | 506.867.457 |
| ..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP | 3% | 1.048.049.989 | 917.367.183 | 88% | 773.192.479 | 84% | 144.174.704 |
| ..TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 2% | 900.000.000 | 562.696.338 | 63% | 538.631.290 | 96% | 24.065.048 |
| ..TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP | 1% | 330.000.000 | 226.673.000 | 69% | 226.673.000 | 100% | 0 |
| ..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION | 15% | 5.445.802.637 | 5.324.856.903 | 98% | 5.225.871.402 | 98% | 98.985.501 |
| ..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP | 2% | 687.000.000 | 681.448.694 | 99% | 675.683.094 | 99% | 5.765.600 |
| ..GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTEI | 0% | 77.274.185 | 69.774.115 | 90% | 69.774.115 | 100% | 0 |
| SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA | 2 | 34.453.335 | 20.672.001 | 60% | 20.672.001 | 100% | - |
| GASTOS DE INVERSION | 2 | 1.040.876.285 | 1.029.138.729 | 99% | 1.029.138.729 | 100% | - |
| GASTOS DE INVERSION CXP | | 272.683.405 | 272.683.405 | 100% | - | 0% | 272.683.405 |
| TOTALES | 100% | 37.118.176.774 | 34.849.390.098 | 94% | 33.796.848.382 | 97% | 1.052.541.715 |
| SUBTOTAL R PROPIOS | 1 | 31.556.296.084 | 29.297.282.023 | 93% | 28.244.740.308 | 96% | 543.286.738 |
| SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA | 2 | 5.561.880.690 | 5.552.108.075 | 100% | 5.552.108.075 | 100% | 509.254.977 |

Vales en millones

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 60% del objeto social de la empresa.

Así mismo dentro de los gastos de funcionamientos para la vigencia 2021, están relacionados la adquisición de bienes y servicios, transferencias corrientes, gastos de comercialización y producción y gastos por tributos, multas y sanciones, estos rubros obedecen a la adquisición de bienes y servicios directos para la prestación del servicio (insumos médicos, alimentación a pacientes y compra de servicios para la prestación

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 53 de 365 |

incluida la adquisición de bienes y servicios para la ejecución de convenios interadministrativos suscritos con las entidades territoriales para las actividades de salud pública).

El balance de gastos tal como se refleja en el cuadro 5, arroja una ejecución total del **94%**, respecto de la apropiación definitiva, a su vez los compromisos reflejan una ejecución en pagos del **97%**.

Los gastos de funcionamiento presentan una ejecución del **94%** con una ejecución en pagos del **98%**.

Los gastos de inversión CXP presentan una ejecución del **100%** con una ejecución en pagos del **0%**.


El balance final arroja unas cuentas por pagar totales por valor de **\$ 1.052.541.715** millones, de los cuales, un 74% corresponden a recursos propios y un 26% a destinación específica tal como se detalla a continuación.

| CONCEPTO CXP | Total CXP | Valores en Miles | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| | | Fuente de Financiación | |
| | | Propios | D Especifica |
| FUNCIONAMIENTO | 779.858.310 | 779.858.310 | - |
| ... GASTO DE PERSONAL | - | - | - |
| ... ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | 506.867.457 | 506.867.457 | - |
| ... ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CXP | 144.174.704 | 144.174.704 | - |
| ... TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 24.065.048 | 24.065.048 | - |
| ... TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP | - | - | - |
| ... GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN | 98.985.501 | 98.985.501 | - |
| ... GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN CXP | 5.765.600 | 5.765.600 | - |
| ... GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE I | - | - | - |
| SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA | - | - | - |
| INVERSIÓN | - | - | - |
| INVERSIÓN CXP | 272.683.405 | - | 272.683.405 |
| Totales | 1.052.541.715 | 779.858.310 | 272.683.405 |

Las deudas por concepto de rezago de vigencias anteriores están asociadas proveedores de bienes y servicios, los cuales no han legalizado el trámite de cuenta o que aún se encuentran en tesorería por falta de efectivo para el pago.

CONCLUSION: Para el IV trimestre del año 2021, se alcanzó el resultado esperado en cuanto a los indicadores de Reconocimiento y Recaudo frente al compromiso total del periodo objeto de evaluación, la Entidad para esta vigencia presenta superávit fiscal, aumentando su recaudo y cubriendo el total de los gastos.

INFORME DE GESTION IV TRIMESTRE 2022

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 54 de 365 |

INGRESOS

El balance presupuestal del año 2022, presenta una apropiación inicial de **\$32.832.166.583**, con unas Adiciones totales de **\$ 6.566.367.512,72** para un presupuesto definitivo de **\$39.398.534.095,72**

Las adiciones al presupuesto están asociadas con recursos del balance de la vigencia anterior, recuperación de cartera, convenios suscritos con entidades de gobierno y transferencias nacionales y departamentales.


Cuadro 1 Modificaciones y traslados al presupuesto Ingreso

| APROPIACION INICIAL | ADICIONES | REDUCCIONES | CREDITOS | DEBITOS | DEFINITIVO |
|---------------------|------------------|-------------|----------|---------|--------------------------|
| 32.832.166.583,00 | 6.566.367.512,72 | 0 | 0 | 0 | 39.398.534.095,72 |

3. Cuadro 2 Descripción de las adiciones

| Acto | Fecha | Descripción | TIPO | VALOR |
|-------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------|
| Acuerdo 001 | 15/03/2022 | Adición Recursos de Disponibilidad Inicial | ADI | 3.355.401.393,08 |
| Acuerdo 003 | 01/08/2022 | Adición recursos aportes de la Nación ETCR | ADI | 101.722.000,00 |
| Acuerdo 004 | 01/08/2022 | Adición de recursos de SISP para cooperación institucional | ADI | 19.050.000,00 |
| Acuerdo 005 | 01/08/2022 | Adición Recursos UNFPA aportes para Atención Servicios de SSR | ADI | 148.839.800,00 |
| Acuerdo 006 | 01/08/2022 | Adición Recursos subsidio oferta ley 1955 | ADI | 710.469.609,00 |
| Acuerdo 007 | 07/10/2022 | Adición recursos recuperación de cartera y otros ingresos | ADI | 2.000.251.024,64 |
| Acuerdo 008 | 07/10/2022 | Adición de recursos convenio de asociación CRUZ ROJA NACIONAL | ADI | 96.666.586,00 |
| Acuerdo 009 | 07/10/2022 | Adición de recursos por venta de servicios atención de población extranjera Dirección de Gestión del Riesgo | ADI | 133.967.100,00 |
| TOTAL, ADICIONES | | | | 6.566.367.512,72 |

Del total de los ingresos apropiados un **10.7%** corresponde a la disponibilidad inicial un **89%** a ingresos corrientes y un **0.3%** a recursos de capital por rendimientos financieros, transferencias y aportes por donaciones o aportes interinstitucionales

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |
| | Versión 01 Página 55 de 365 | |

Cuadro3 Balance de Ejecucion de Ingresos

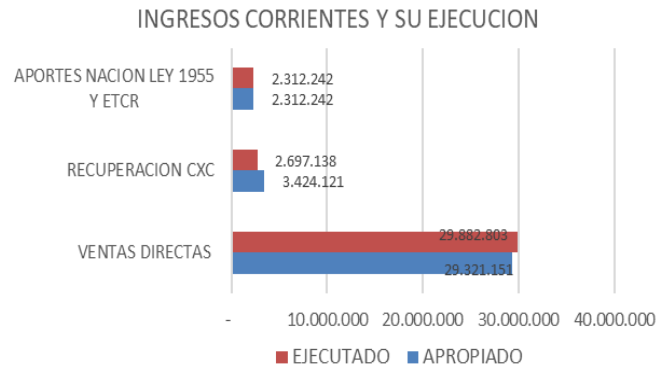
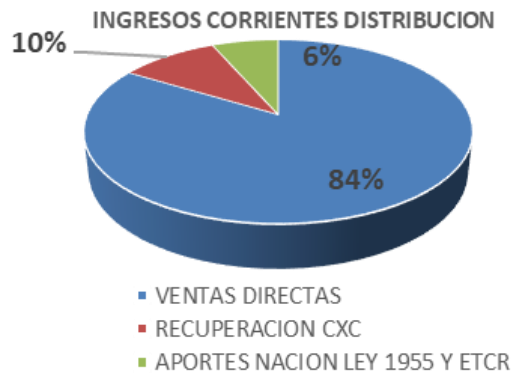
Vales en miles

| CONCEPTO | P | APROPIADO | RECONOCIDO | % EJE | RECAUDO | % EJE | CXC |
|------------------------------------------------|---------------|-------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|------------------|
| DISPONIBILIDA INICIAL | 1 | 4.221.278 | 4.221.278 | 100% | 4.221.278 | 100% | - |
| RECURSOS PROPIOS | | 3.748.595 | 3.748.595 | 100% | 3.748.595 | 100% | - |
| DESTINACION ESPECIFICA | | 472.683 | 472.683 | 100% | 472.683 | 100% | - |
| INGRESOS CORRIENTES | 2 | 35.057.514 | 41.043.000 | 117% | 34.892.182 | 85% | 6.150.819 |
| VENTA DE SERVICIOS CTE | | 29.321.151 | 36.033.621 | 123% | 29.882.803 | 83% | 6.150.819 |
| VENTAS CXC | | 3.424.121 | 2.697.138 | 79% | 2.697.138 | 100% | - |
| APORTES DPTO O NACION LEY 1955 | | 2.210.470 | 2.210.470 | 100% | 2.210.470 | 100% | - |
| APORTES NACION ETCR | | 101.772 | 101.772 | 100% | 101.772 | 100% | - |
| RECURSOS DE CAPITAL | 3 | 119.742 | 203.113 | 170% | 166.544 | 82% | - |
| RENDIMIENTOS FINANCIEROS CUENTAS DE AHORRO | | 2.500 | 4.141 | 166% | 4.141 | 100% | - |
| DONACIONES NO CONDICIONADOS A LA AD DE ACTIVOS | | 115.717 | 51.809 | 45% | 15.240 | 29% | - |
| RECUPERACIONES | | 1.526 | 147.163 | 9646% | 147.163 | 100% | - |
| INGRESOS TOTALES | 100,0% | 39.398.534 | 45.467.391 | 115% | 39.280.004 | 86% | 6.150.819 |
| SUBTOTAL R PROPIOS | 92,6% | 36.497.892 | 42.630.657 | 117% | 36.479.838 | 86% | 6.150.819 |
| SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA | 7,4% | 2.900.642 | 2.836.734 | 100% | 2.800.165 | 99% | - |

Del total de la disponibilidad inicial **\$3.748** millones corresponden a recursos propios y **\$472** millones a recursos de destinación específica de los cuales la suma de 272 millones corresponde a proyectos de inversión de vigencias anteriores y **200** millones a mejoramiento de la sede central de la ESE Moreno y Clavijo en el municipio de Tame.

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 56 de 365 |



Las ventas de servicios representaron el 83% de los ingresos corrientes, el 10% la recuperación de cartera corriente y un 6% los aportes de la nación para subsidio a la oferta y recursos de inversión para las zonas especiales de reincorporación

En cuanto a la ejecución los ingresos por venta de servicios presentan una ejecución por encima del **100%**, los aportes una ejecución del **100%** y la recuperación de cartera una ejecución del **79%**.


Los recursos de capital están asociados generalmente a los rendimientos generados en el ejercicio fiscal, los aportes o donaciones de organismos no gubernamentales como la Cruz Roja y el UNFPA.

Con excepción de las donaciones todos los recursos de capital alcanzaron una ejecución eficiente, las donaciones se vieron afectadas debido al no giro por parte de los organismos no gubernamentales que no hicieron efectivos los giros finales

La distribución total de los ingresos por recurso muestra una participación del **92.6%** para los ingresos propios y un **7.4%** para los ingresos de destinación específica.

En lo que respecta a la ejecución por tipo de recurso los ingresos propios alcanzan una ejecución del **86%**, y los recursos de destinación específica una ejecución de **99%**.

EJECUCION DE GASTOS

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|  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 57 de 365 |

El presupuesto de gastos al igual que el ingreso, presenta una apropiación definitiva de **\$39.398.534.095,72**, con una participación del **96%** para gastos de funcionamiento, y un **3%** para gastos de inversión y un **1%** para servicio a la deuda publica

Cuadro 5 Modificaciones y traslados al presupuesto Gasto

| APROPIACION INICIAL | ADCIONES | REDUCCIONES | CREDITOS | DEBITOS | DEFNITIVO |
|---------------------|---------------|-------------|----------------|----------------|-----------------------|
| 32.832.166.583 | 6.566.367.513 | 0 | 16.431.056.083 | 16.431.056.083 | 39.398.534.096 |


Cuadro 6 Balance Ejecucion de gastos

Vales en miles

| CONCEPTO | P | APROPIADO | COMPROM | % EJE | PAGOS | % EJE | CXP |
|---------------------------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|----------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 1 | 34.312.459 | 32.912.467 | 96% | 32.409.533 | 98% | 502.934 |
| ..GASTOS DE PERSONAL | 9% | 3.674.626 | 3.669.426 | 100% | 3.669.426 | 100% | 0 |
| ..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | 74% | 29.233.379 | 28.629.875 | 98% | 28.148.336 | 98% | 481.539 |
| ..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP | 1% | 332.796 | 330.587 | 99% | 309.193 | 94% | 21.394 |
| ..TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 2% | 960.000 | 194.984 | 20% | 194.984 | 100% | 0 |
| ..TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP | 0% | 24.065 | - | 0% | - | 0% | 0 |
| ..GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERE | 0% | 87.594 | 87.594 | 100% | 87.594 | 100% | 0 |
| ..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION | 11% | 4.391.759 | 3.987.327 | 91% | 3.933.737 | 99% | 53.589 |
| ..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP | 0% | 76.929 | 59.857 | 78% | 59.857 | 100% | 0 |
| SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA | 2 | 144.704 | 82.688 | 57% | 82.688 | 100% | - |
| GASTOS DE INVERSION | 3 | 472.683 | 472.676 | 100% | 199.992 | 42% | 272.683 |
| ..Adquisicion de Bienes y Servicios | 1% | 200.000 | 199.992 | 100% | 199.992 | 100% | - |
| ..Adquisicion de Bienes y Servicios CXP | 1% | 272.683 | 272.683 | 100% | - | 0% | 272.683 |
| TOTALES | 100% | 39.398.534 | 37.515.014 | 95% | 36.685.808 | 98% | 829.206 |
| SUBTOTAL R PROPIOS | 93% | 36.497.892 | 34.950.442 | 96% | 34.401.489 | 98% | 556.523 |
| SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA | 7% | 2.900.642 | 2.564.572 | 88% | 2.284.320 | 89% | 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, de igual manera se incluyen los gastos relacionados con el rezago presupuestal (cuentas por pagar) de vigencias anteriores.

Dentro de los gastos de funcionamiento concentran mayor participación 74% los gastos por adquisición de bienes y servicios sobre los cuales recaen los gastos asociados a los servicios de personal indirecto y la compra de insumos para el funcionamiento de las diferentes unidades asistenciales de la ese, así como la compra 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 58 de 365 |

Así mismo dentro de los gastos de funcionamientos para la vigencia 2022, están inmersos los demás conceptos indirectos de la ESE, tales como transferencias corrientes, gastos por tributos, multas y sanciones.

Los gastos de comercialización están asociados a la compra de bienes y servicios para la prestación de los servicios de salud (insumos médicos, alimentación a pacientes).

El balance de gastos tal como se refleja en el cuadro 6, arroja una ejecución total del **95%**, respecto de la apropiación definitiva, a su vez los compromisos reflejan una ejecución en pagos del **98%**.

Los gastos de funcionamiento presentan una ejecución del **96%** con una ejecución en pagos del **98%**.


Los gastos de inversión presentan una ejecución del **100%** con una ejecución en pagos del **42%**, este rubro se ve afectado por el rezago de vigencias anteriores los cuales no pudieron ser objeto de pago en la vigencia 2022, por incumplimiento del proveedor.

CUENTAS POR PAGAR

Cuadro 7 Detalle de las Cuentas por pagar

| CONCEPTO CXP | Total CXP | Fuente de Financiación | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|
| | | Propios | D Especifica |
| FUNCIONAMIENTO | 829.206.335 | 556.522.930 | 272.683.405 |
| ... GASTO DE PERSONAL | - | - | - |
| ... ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | 481.539.041 | 481.539.041 | - |
| ... ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP | 21.394.489 | 21.394.489 | - |
| ... TRANSFERENCIAS CORRIENTES | - | - | - |
| ... TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP | 272.683.405 | - | 272.683.405 |
| ... GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION | 53.589.400 | 53.589.400 | - |
| ... GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION CXP | - | - | - |
| ... GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA | - | - | - |
| SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA | - | - | - |
| INVERSION CXP | - | - | - |
| Totales | 829.206.335 | 556.522.930 | 272.683.405 |

El balance final arroja unas cuentas por pagar totales por valor de **\$ 829.206.335** millones, de los cuales, un 67% corresponden a recursos propios y un 33% a destinación específica tal como se detalla a continuación.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 59 de 365 |

Del total de las cuentas por pagar, la suma de \$556.522.930, corresponden a rezago de la vigencia 2022 y la suma de \$272.683.405 a rezago de vigencias anteriores expiradas por no cobro del proveedor.

BALANCE DEL REZAGO PRESUPUESTAL

Los ingresos con base en el cierre presupuestal la entidad presenta unos deudores brutos superiores a los 6 mil millones de pesos representados especialmente en las ventas corrientes por los diferentes regímenes de salud, tal como se detalla a continuación:

4. Cuadro 11 detalle de deudores presupuesto

| CONCEPTO VENTA | FACTURADO | RECAUDO | CXC |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| .. REGIMEN SUBSIDIADO CAPITADO | 22.807.451.597,00 | 21.687.271.584,00 | 1.120.180.013,00 |
| .. REGIMEN SUBSIDIADO NO CAPITADOS | 5.604.916.443,25 | 3.222.832.416,35 | 2.382.084.026,90 |
| .. CONTRIBUTIVO CAPITADOS | 625.499.238,00 | 564.367.229,00 | 61.132.009,00 |
| .. CONTRIBUTIVO NO CAPITADOS | 1.854.280.323,85 | 1.536.370.330,65 | 317.909.993,20 |
| .. MUNICIPIOS | 1.536.517.785,00 | 1.018.104.662,00 | 518.413.123,00 |
| .. EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO | 417.557.961,05 | 306.055.800,01 | 111.502.161,04 |
| .. SEGUROS OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO | 774.072.638,90 | 417.844.817,17 | 356.227.821,73 |
| .. ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES | 76.060.400,00 | 16.052.100,00 | 60.008.300,00 |
| .. FUERZAS MILITARES | 160.928.193,00 | 122.481.079,00 | 38.447.114,00 |
| .. IPS PRIVADAS | 357.481.243,00 | 276.519.961,00 | 80.961.282,00 |
| .. POBLACION EXTRANJERA | 5.271.960,00 | 4.813.480,00 | 458.480,00 |
| .. PARTICULARES | 96.928.746,30 | 92.569.607,22 | 4.359.139,08 |
| .. ATENCION A LA POBLACION POBRE NO AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO | 1.222.442.101,00 | 128.925.955,00 | 1.093.516.146,00 |
| .. MEDICINA PREPAGADA | 5.619.055,00 | - | 5.619.055,00 |
| .. DONACIONES | 51.809.085,00 | 15.240.000,00 | 36.569.085,00 |
| | 35.596.836.770,35 | 29.409.449.021,40 | 6.187.387.748,95 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 60 de 365 |

Es importante considerar que la información de deudores corresponde a los registros de la facturación y los ajustes por glosas o valores no cobrables, por lo que una vez se determinen las glosas sobre las objeciones totales, se podrá identificar el total de la cartera neta para recaudo en la vigencia 2023.

Para el caso del gasto el cierre presupuestal arroja un rezago presupuestal por la suma total de **\$ 829.206.335**, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

5. Cuadro 12 rezago cxp gastos


| CONCEPTO DE CUENTA X PAGAR | | | CXP Y V EXP CONSTITUIDAS | | | TOTAL |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| | | | REGISTROS | OBLIGACIONES | CANCELACION | CXP FINALES |
| CCPET | GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | RECURSOS | 494.148.530,44 | 8.785.000,00 | 6.855.000,47 | 496.078.529,97 |
| 2.1.2.02.01.002 2823609-999 | UNIFORMES DE TRABAJO | R propios | 56.436.000,00 | | | 56.436.000,00 |
| 2.1.2.02.01.002 2931001-999 | BOTAS DE CAUCHO | R propios | 1.341.200,00 | | | 1.341.200,00 |
| 2.1.2.02.01.002 2933001-999 | CALZADO DE CUERO PARA HOMBRE | R propios | 4.837.700,00 | | | 4.837.700,00 |
| 2.1.2.02.01.002 2933003-999 | CALZADO DE CUERO PARA MUJER | R propios | 21.954.100,00 | | | 21.954.100,00 |
| 2.1.2.02.01.003 3331101-999 | GASOLINA MOTOR CORRIENTE | R propios | 52.766.769,78 | | | 52.766.769,78 |
| 2.1.2.02.01.003 3331101-999 | OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO) - CUENTAS POR PAGAR VIGENCIAS ANTERIORES | R propios | | | | - |
| 2.1.2.02.01.003 33311-999 | GASOLINA PARA AUTOMOTORES | R propios | 0,30 | - | 0,30 | -0,00 |
| 2.1.2.02.01.003 3336103-999 | DIESEL OIL ACPM (FUEL GAS GASOIL MARINE GAS) | R propios | 33.805.633,99 | | | 33.805.633,99 |
| 2.1.2.02.01.003 3511007-999 | PINTURAS DE PROTECCION INDUSTRIAL (VINILICAS, EPOXICAS, POLIESTERICAS) | R propios | 6.500.000,00 | | | 6.500.000,00 |
| 2.1.2.02.01.003 3544203-999 | MEZCLAS QUIMICAS PARA EXTINTORES | R propios | 5.595.431,00 | | | 5.595.431,00 |
| 2.1.2.02.01.003 3632003-999 | ACCESORIOS DE MATERIAL PLASTICO PARA TUBERIAS | R propios | 1.000.000,00 | | | 1.000.000,00 |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|----------------------------|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | GPL-FO-036 | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | Versión 01 | |
| | | | | Página 61 de 365 | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|------------|--------------|---------------|
| 2.1.2.02.01.003 3632007-999 | TUBO RIGIDO DE MATERIAL PLASTICO | R propios | 8.000.000,00 | | | 8.000.000,00 |
| 2.1.2.02.01.003 3633016-999 | LAMINA DE POLIESTIRENO | R propios | 500.000,00 | | | 500.000,00 |
| 2.1.2.02.01.003 3695001-999 | TANQUES DE MATERIAL PLASTICO | R propios | 543.217,00 | | | 543.217,00 |
| 2.1.2.02.01.004 4299307-999 | CAJAS PARA MEDIDORES | R propios | 600.000,00 | | | 600.000,00 |
| 2.1.2.02.01.004 4299916-999 | ESCALERAS METALICAS DE MANO | R propios | 500.000,00 | | | 500.000,00 |
| 2.1.2.02.01.004 4299991-999 | ARTICULOS N.C.P. DE FERRETERIA Y CERRAJERIA | R propios | 650.000,00 | | | 650.000,00 |
| 2.1.2.02.01.004 4392302-999 | EXTINTORES DE INCENDIOS | R propios | 4.167.996,00 | | | 4.167.996,00 |
| 2.1.2.02.01.004 4491906-999 | MAQUINAS HIDROLAVADORAS PARA LAVADO DE VEHICULOS | R propios | 500.000,00 | | | 500.000,00 |
| 2.1.2.02.02.006 63111-999 | SERVICIOS DE ALOJAMIENTO EN HOTELES | R propios | 3.279.924,00 | | | 3.279.924,00 |
| 2.1.2.02.02.006 63111-999 | SERVICIOS DE ALOJAMIENTO EN HOTELES | R propios | 477.000,00 | | 477.000,00 | - |
| 2.1.2.02.02.006 63393-999 | OTROS SERVICIOS DE COMIDAS CONTRATADAS | R propios | 5.364.650,00 | 440.000,00 | 2.053.000,00 | 3.751.650,00 |
| 2.1.2.02.02.006 63394-999 | SERVICIOS DE SUMINISTRO DE COMIDA A DOMICILIO | R propios | 840.000,00 | | | 840.000,00 |
| 2.1.2.02.02.006 64119-999 | OTROS SERVICIOS DE TRANSPORTE TERRESTRE LOCAL DE PASAJEROS N.C.P | R propios | 11.000.000,00 | | | 11.000.000,00 |
| 2.1.2.02.02.006 64220-999 | SERVICIOS DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS, DIFERENTE DEL TRANSPORTE LOCAL Y TURISTICO DE PASAJEROS | R propios | | 70.000,00 | 70.000,00 | - |
| 2.1.2.02.02.006 68021-999 | SERVICIOS LOCALES DE MENSAJERIA NACIONAL | R propios | 5.683.682,00 | | | 5.683.682,00 |
| 2.1.2.02.02.007 71347-999 | SERVICIO DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO (SOAT) | R propios | 17.756.100,00 | | | 17.756.100,00 |
| 2.1.2.02.02.007 73230-999 | SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO SIN OPCION DE COMPRA DE MUBLES Y OTROS APARATOS MEDICOS | R propios | 465.600,00 | | | 465.600,00 |
| 2.1.2.02.02.007 72252-999 | SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES NO RESIDENCIALES (VIVIENDA) A COMISION O POR CONTRATO | R propios | | | | - |
| 2.1.2.02.02.008 83112-999 | SERVICIOS DE CONSULTORIA EN GESTION FINANCIERA | R propios | 2.849.040,00 | | | 2.849.040,00 |
| 2.1.2.02.02.008 83115-999 | SERVICIOS DE CONSULTORIA EN GESTION ADMINISTRATIVA | R propios | 7.992.900,00 | | | 7.992.900,00 |
| 2.1.2.02.02.008 83115-999 | SERVICIOS DE CONSULTORIA EN GESTION ADMINISTRATIVA | R propios | 11.531.100,00 | | | 11.531.100,00 |
| 2.1.2.02.02.008 83116-999 | SERVICIOS DE CONSULTORIA EN GESTION DE LA CADENA DE SUMINISTRO | R propios | 6.947.270,00 | | | 6.947.270,00 |
| 2.1.2.02.02.008 83152-999 | SERVICIOS DE SUMINISTRO DE APLICACIONES | R propios | 11.184.414,00 | | | 11.184.414,00 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 62 de 365 |

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 2.1.2.02.02.008 83213-999 | SERVICIOS DE ARQUITECTURA PARA PROYECTOS DE CONSTRUCCIONES NO RESIDENCIALES | R propios | 3.496.900,00 | | | 3.496.900,00 |
| 2.1.2.02.02.008 83310-999 | SERVICIOS DE ASERORIA EN INGENIERIA | R propios | 15.000.000,00 | | | 15.000.000,00 |
| 2.1.2.02.02.008 83421-999 | SERVICIOS DE TOPOGRAFIA DE SUELO | R propios | 7.000.000,00 | | | 7.000.000,00 |
| 2.1.2.02.02.008 83620-999 | SERVICIOS DE VENTA O ALQUILER DE ESPACIO PUBLICITARIOS A COMISION | R propios | 1.000.000,00 | | | 1.000.000,00 |
| 2.1.2.02.02.008 84131-999 | SERVICIOS DE TELECOMUNICACIONES MOVILES | R propios | 837.023,00 | | | 837.023,00 |
| 2.1.2.02.02.008 84222-999 | SERVICIOS DE ACCESO A INTERNET DE BANDA ANCHA | R propios | 8.606.770,20 | | | 8.606.770,20 |
| 2.1.2.02.02.008 84222-999 | SERVICIOS DE ACCESO A INTERNET DE BANDA ANCHA | R propios | 3.198.389,17 | 375.000,00 | 375.000,17 | 3.198.389,00 |
| 2.1.2.02.02.008 85330-999 | SERVICIOS DE LIMPIEZA GENERAL | R propios | | 733.000,00 | 733.000,00 | - |
| 2.1.2.02.02.008 85940-999 | SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COMBINADOS DE OFICINA | R propios | 7.335.600,00 | | | 7.335.600,00 |
| 2.1.2.02.02.008 85951-999 | SERVICIO DE COPIA Y REPRODUCCION | R propios | 495.000,00 | | | 495.000,00 |
| 2.1.2.02.02.008 85961-999 | SERVICIOS DE ORGANIZACIONES Y ASISTENCIA DE CONVENCIONES | R propios | 4.650.000,00 | | | 4.650.000,00 |
| 2.1.2.02.02.008 8711001-999 | SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y REPARACION DE PRODUCTOS METALICOS ESTRUCTURALES Y SUS PARTES | R propios | 6.186.573,00 | | | 6.186.573,00 |
| 2.1.2.02.02.008 8714102-999 | SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y REPARACION DE VEHICULOS AUTOMOVILES | R propios | 22.495.812,00 | | | 22.495.812,00 |
| 2.1.2.02.02.008 89123-999 | SERVICIOS DE PRODUCCION DE INFORMACION GRABADA A COMISION O POR CONTRATO | R propios | 5.430.000,00 | | | 5.430.000,00 |
| 2.1.2.02.02.009 92913-999 | SERVICIOS DE EDUCACION PARA LA FORMACION Y EL TRABAJO | R propios | 4.050.000,00 | | | 4.050.000,00 |
| 2.1.2.02.02.009 93121-999 | SERVICIOS MEDICOS GENERALES | R propios | 17.110.110,00 | | | 17.110.110,00 |
| 2.1.2.02.02.009 93121-999 | SERVICIOS MEDICOS GENERALES | R propios | | 5.400.000,00 | | 5.400.000,00 |
| 2.1.2.02.02.009 93122-999 | SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS | R propios | 20.000.000,00 | | | 20.000.000,00 |
| 2.1.2.02.02.009 93123-999 | SERVICIOS ODONTOLOGICOS | R propios | 2.995.200,00 | | | 2.995.200,00 |
| 2.1.2.02.02.009 93192-999 | SERVICIOS DE ENFERMERIA | R propios | 14.447.055,00 | 997.000,00 | 1.277.000,00 | 14.167.055,00 |
| 2.1.2.02.02.009 93193-999 | SERVICIOS FISIOTERAPEUTICOS CXP | R propios | | 650.000,00 | 650.000,00 | - |
| 2.1.2.02.02.009 93194-999 | SERVICIOS DE AMBULANCIA | R propios | 4.202.400,00 | | | 4.202.400,00 |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|-------------------------|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | GPL-FO-036 | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | Versión 01 | |
| | | | | Página 63 de 365 | |


| | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 2.1.2.02.02.009 93500-999 | OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO | R propios | 2.557.280,00 | | 860.000,00 | 1.697.280,00 |
| 2.1.2.02.02.009 94211-999 | SERVICIOS DE RECOLECCION DE DESECHOS HOSPITALARIOS Y OTROS DESECHOS BIOLOGICOS PELIGROSOS | R propios | 45.000.000,00 | | | 45.000.000,00 |
| 2.1.2.02.02.009 96114-999 | SERVICIOS DE DISEÑO, PRODUCCION Y EDICION DE SONIDO | R propios | 1.600.000,00 | | | 1.600.000,00 |
| 2.1.2.02.02.009 98000-999 | SERVICIOS DOMESTICOS | R propios | 11.144.690,00 | | | 11.144.690,00 |
| 2.1.2.02.02.010-999 | VIAJES DE LOS FUNCIONARIOS EN COMISIÓN | R propios | 240.000,00 | 120.000,00 | 360.000,00 | - |
| 2.1.3.13.01.001-999 | SENTENCIAS - CUENTAS POR PAGAR VIGENCIAS ANTERIORES | R propios | | | | - |
| CCPET | GASTOS DE OPERACIÓN | RECURSOS | 53.589.400,00 | - | - | 53.589.400,00 |
| 2.4.5.01.03 3480005-999 | LATEX SINTETICO | R propios | 8.942.000,00 | | | 8.942.000,00 |
| 2.4.5.01.03 3526115-999 | PRODUCTOS FARMACEUTICOS, PARA USO HUMANO (APARATO GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES) | R propios | 21.048.400,00 | | | 21.048.400,00 |
| 2.4.5.02.06 63393-999 | OTROS SERVICIOS DE COMIDAS CONTRATADAS | R propios | 23.599.000,00 | | | 23.599.000,00 |
| CCPET | GASTOS DE INVERSION | RECURSOS | 272.683.405,13 | - | - | 272.683.405,13 |
| 2.3.2.01.01.001.02.08-999 | EDIFICIOS RELACIONADOS CON SALUD CXP | D especifica | 272.683.405,13 | | | 272.683.405,13 |
| TOTALES | | | 820.421.335,57 | 8.785.000,00 | 6.855.000,47 | 822.351.335,10 |

Del total del rezago la suma de \$ 556.522.930,44, corresponden a recursos propios de la entidad y la suma de \$272.683.405 a recursos de destinación específica por aportes contrato plan para obras en salud.

La distribución total arroja unas cuentas por pagar de la vigencia 2022, por la suma de \$ 822.351.335,10, de los cuales fenecieron cuentas por pagar por valor de \$ 6.855.000,47.

CONCLUSION

La vigencia 2022 cierra a 31 de diciembre, con un superávit de \$1.764.989.098,39, con un ajuste por ingresos por clasificar de \$227.033.436,30 y ajustes por cancelaciones por valor de \$6.855.000,17, para un total de superávit definitivo de \$1.998.877.534,86. Cuentas por pagar definitivas de \$822.351.335,10, de los cuales \$549.667.929,97 son de recursos propios y \$272.683.405,13 son de destinación específica.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  NIT: 900.304.131 - 8 | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 64 de 365 |

Del cierre da como resultado una disponibilidad inicial de \$2.821.228.869,96, de los cuales \$2.548.545.464,83 son de recursos propios y \$272.683.405,13 son recursos de destinación específica.

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 | 2,821,229 | 2,821,229 | 100% | 2,821,229 | 100% | - |
| RECURSOS PROPIOS | | 2,548,545 | 2,548,545 | 100% | 2,548,545 | 100% | - |
| DESTINACION ESPECIFICA | | 272,683 | 272,683 | 100% | 272,683 | 100% | - |
| INGRESOS CORRIENTES | 2 | 37,882,905 | 25,161,044 | 66% | 20,474,448 | 81% | 4,686,596 |
| VENTA DE SERVICIOS CTE | | 32,394,268 | 21,155,828 | 65% | 16,469,232 | 78% | 4,686,596 |
| 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 | 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 | 27,985,790 | 69% | 23,299,194 | 83% | 4,686,596 |
| SUBTOTAL R PROPIOS | 90.1% | 36,670,132 | 26,160,937 | 71% | 21,474,340 | 82% | 4,686,596 |
| SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA | 9.9% | 4,035,323 | 1,824,853 | 100% | 1,824,853 | 100% | - |

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 65 de 365 |

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%**.


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 |

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.

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 66 de 365 |

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 Ejecucion de gastos


Vales en miles

| CONCEPTO | P | APROPIADO | COMPROM | % EJE | PAGOS | % EJE | CXP | |
|------------------------------------------------------|----------|-------------|-------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|------------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | 1 | 87% | 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 | 0.2% | 62,016 | 62,016 | 100% | 41,344 | 67% | 20,672 |
| GASTOS DE INVERSION | 3 | 4% | 1,824,853 | 1,824,853 | 100% | 146,643 | 8% | 272,683 |
| ..Adquisicion de Bienes y Servicios | | 4% | 1,552,170 | 1,552,170 | | 146,643 | | |
| ..Adquisicion 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 67 de 365 |

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 | |
| Con ... 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 |

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

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 68 de 365 |

de Recaudo frente al compromiso total del periodo objeto de evaluación, se recomienda realizar austeridad del gasto en los próximos trimestres.

ANALISIS COMPARATIVO DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL DURANTE EL CUATRENIO 2020-2023


VIGENCIA 2020

VARIACION ANUAL DE LOS INGRESOS 2020

El reconocimiento de los ingresos por recursos propios presenta una variación Negativa del **-7%** respecto de la vigencia 2019, esta variación se ve reflejada en cada uno de los conceptos del ingreso, especialmente en la recuperación de cartera que el porcentaje de disminución fue mayor, así como en los otros ingresos corrientes.

| INGRESOS PROPIOS | 2019 | 2020 | VAR |
|-------------------------|-------------------|-------------------|------------|
| Disonibilidad Inicial | 464,299 | 338,325 | -27% |
| Ventas de Servicio | 26,564,527 | 27,600,670 | 4% |
| Recuperacion de Cartera | 6,452,761 | 3,238,086 | -50% |
| Otros Ingresos Ctes | 63,851 | 3,254 | -95% |
| Totales | 33,545,438 | 31,180,335 | -7% |

El recaudo de los ingresos disminuyó en un **11%** respecto de la vigencia anterior, este comportamiento estuvo asociado especialmente a la gestión de recaudo por recuperación de cartera y otros ingresos corrientes.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 69 de 365 |

Cuadro 3 Variacion Anual recaudo de los Recursos Propios Val en miles

| INGRESOS PROPIOS | 2019 | 2020 | VAR |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Disonibilidad Inicial | 464,299 | 338,325 | -27% |
| Ventas de Servicio | 21,691,311 | 21,015,571 | -3% |
| Recuperacion de Cartera | 5,295,490 | 3,238,086 | -39% |
| Otros Ingresos Ctes | 63,851 | 3,254 | -95% |
| Totales | 27,514,952 | 24,595,236 | -11% |

VARIACION ANUAL DE LOS GASTOS 2020

Val en miles

| Gastos | 2020 | 2019 | VAR |
|--------------------------|-------------------|-------------------|------------|
| Gastos de Funcionamiento | 24,723,423 | 24,771,356 | 0% |
| Gastos de Operación | 5,307,170 | 6,351,609 | -16% |
| Gastos de Inversion | - | - | 0% |
| Totales | 30,030,593 | 31,122,965 | -4% |

La ejecución de los gastos comprometidos por recursos propios comparados con el año anterior, presentan un incremento del 4%, esto se debe principalmente a la reducción en los gastos de operación para la vigencia 2020.


VIGENCIA 2021

VARIACION ANUAL DE LOS INGRESOS 2021

El Recaudo de los ingresos presenta una variación positiva del **27%** respecto de la vigencia 2020, esta variación está relacionada especialmente con la disponibilidad inicia, la venta de servicios y la recuperación de cartera.

Cuadro 3 Variacion Anual recaudo Val en miles

| INGRESOS PROPIOS | 2020 | 2021 | VAR |
|-------------------------|-------------------|-------------------|------------|
| Disonibilidad Inicial | 651.890 | 1.552.922 | 138% |
| Ventas de Servicio | 21.015.571 | 26.524.636 | 26% |
| Recuperacion de Cartera | 3.238.086 | 5.217.834 | 61% |
| Otros Ingresos | 4.888.287 | 4.500.347 | -8% |
| Totales | 29.793.834 | 37.795.739 | 27% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 70 de 365 |

El recaudo de los ingresos creció en un **27%** respecto de la vigencia anterior, este crecimiento estuvo asociado especialmente a la disponibilidad inicial, la venta de servicios y la recuperación de cartera.

VARIACION ANUAL DE LOS GASTOS

Cuadro 6 Variación Gastos comprometidos Val en miles


| Gastos | 2021 | 2020 | VAR |
|------------------------------|-------------------|-------------------|------------|
| Gastos de Funcionamiento | 28.202.039 | 24.723.423 | 14% |
| Gastos de Operación | 5.324.857 | 5.307.170 | 0% |
| Gastos de Inversión | 1.313.560 | 272.683 | 382% |
| Servicio de la Deuda Pública | 20.672 | - | 100% |
| Totales | 34.861.128 | 30.303.276 | 15% |

La ejecución de los gastos comprometidos con corte al IV trimestre comparados con el año anterior, presentan un crecimiento del 15%, este incremento está relacionado directamente con los gastos de inversión, servicio a la deuda y gastos de operación, así como la venta de servicio que hacen parte de los gastos de funcionamiento para la ejecución de los convenios interadministrativos de salud pública y la afectación del rezago presupuestal de la vigencia anterior.

VIGENCIA 2022

VARIACION ANUAL DE LOS INGRESOS 2022

El Recaudo de los ingresos presenta una variación positiva del **4%** respecto de la vigencia 2021, esta variación está relacionada especialmente con un incremento considerable en el recaudo de la venta de servicios del 13%, y la disponibilidad inicial 172%, ya que en los demás ingresos se presenta variación negativa del 48, 19 y 90% tal como se muestra en el cuadro 4, estas variaciones negativas esta asociadas especialmente a ajuste en los aportes de subsidio a la oferta por parte del Ministerio de Salud, al incumplimiento de pago por parte de las EPS y a la ausencia de aportes por parte del departamento.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 71 de 365 |

Cuadro 4 Variación Anual recaudo

Val en miles

| INGRESOS PROPIOS | 2021 | 2022 | VAR |
|-------------------------|---------------|---------------|------------|
| Disonibilidad Inicial | 1.553 | 4.221 | 172% |
| Ventas de Servicio | 26.525 | 29.883 | 13% |
| Recuperación de Cartera | 5.217 | 2.697 | -48% |
| Aportes | 2.861 | 2.312 | -19% |
| Recursos de Capital | 1.644 | 167 | -90% |
| Totales | 37.801 | 39.280 | 4% |

VARIACION ANUAL DE LOS GASTOS 2022

Cuadro 8 Variación Gastos comprometidos

Val en miles


| Gastos | 2021 | 2022 | VAR |
|------------------------------|-------------------|-------------------|------------|
| Gastos de Funcionamiento | 27.519.237 | 32.912.467 | -16% |
| Gastos de Operación | 6.005.725 | 4.047.184 | 48% |
| Gastos de Inversión | 1.301.822 | 472.676 | 175% |
| Servicio de la Deuda Pública | 20.672 | 82.688 | 100% |
| Totales | 34.847.455 | 37.515.014 | -7% |

La ejecución de los gastos comprometidos totales 2022, como era de esperarse y concordante con el ingreso presenta un incremento del 7% frente al año inmediatamente anterior, este crecimiento está relacionado directamente con la los gastos de inversión por aportes de entidades de gobierno, servicio de la deuda por préstamos para adquisición de vehículo y el incremento del 16% esto debido a la compra de bienes y servicios para la ejecución de convenios interadministrativos suscritos con las entidades territoriales para las actividades de salud pública) en los gastos de funcionamiento por lo que se muestra una disminución del 48% en los gastos de operación frente al 2021.

VIGENCIA 2023

VARIACION ANUAL DE LOS INGRESOS JUNIO 2023

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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 72 de 365 |

Cuadro 3 Variación 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% |
| Recuperación 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.

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 Inversión | - | 272.683 | -100% |
| Servicio de la Deuda Pública | 82.688 | 62.016 | 100% |
| Totales | 9.625.850 | 17.098.634 | -44% |

INFORMACION SOBRE LA GESTION DEL RIESGO FINANCIERO DURANTE EL CUATRENIO 2020- 2023

Que, durante los años 2020, 2021 y 2022 no se realizó la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta que como consecuencia de la emergencia sanitaria generada por el Covid19, mediante la Resolución 856 del 29 de mayo de 2020 se suspendieron los términos relacionados con las actuaciones a cargo de este Ministerio, de las secretarías de salud del orden departamental, distrital o municipal o la entidad que haga sus veces, y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS),

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 73 de 365 |

razón por la cual en su artículo 6° se dispuso la suspensión del término establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011.

Para la vigencia 2020, la institución se ha encontrado categorizada sin riesgo, toda vez que dicha categorización se encuentra suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria." como consta en la imagen de la ficha técnica de la plataforma SIHO, información que es certificada por la Subgerente Administrativa y Financiera.

Para la vigencia 2021, la institución se ha encontrado categorizada sin riesgo, todavez que dicha categorización se encuentra suspendida por **Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."** como consta en la imagen de la ficha técnica de la plataforma SIHO, información que es certificada por la Subgerente Administrativa y Financiera.

Para la vigencia 2022, la Resolución 851 del 30 de mayo de 2023, Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones, anexo No 05, Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones se encuentra la ESE Moreno y Clavijo sin Riesgo Financiero.

PRESENTACION Y ANALISIS DEL BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO COMPARADO CON EL CUATRENIO 2020-2023

ANALISIS SITUACION FINANCIERA

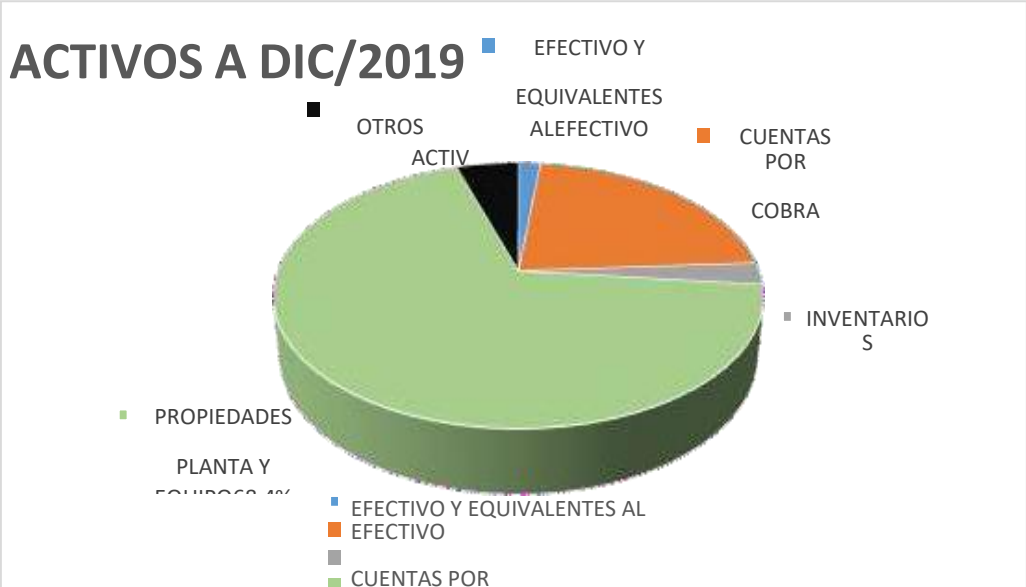
A continuación, se muestra la composición a nivel clase, grupo y cuenta del activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos y costos a diciembre de 2022, así como un análisis comparativo en cifras de pesos.

ACTIVO.

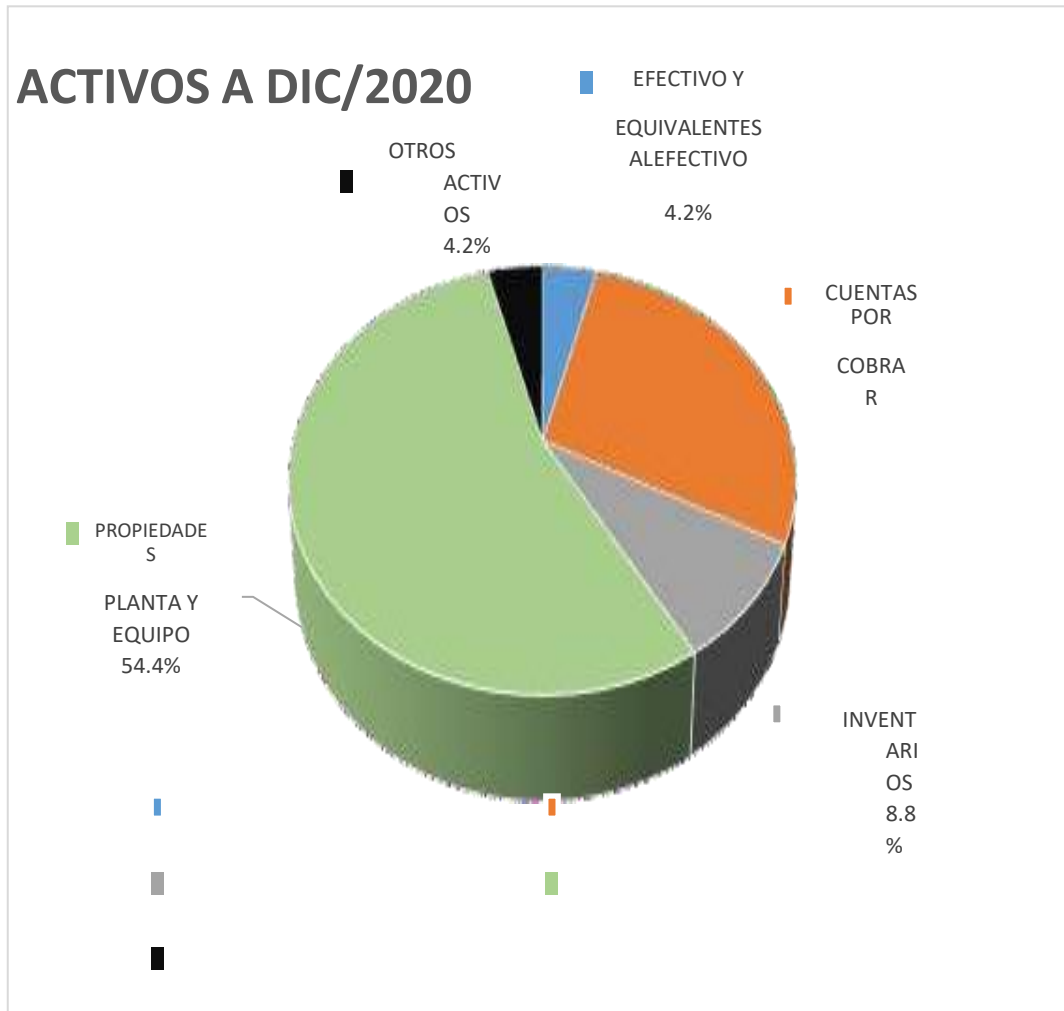
El activo de la ESE Moreno y Clavijo está representado por el efectivo, los deudores, los inventarios, la propiedad planta y equipo y los otros activos, que representan los bienes y derechos tangibles e intangibles de la entidad contable pública, que surgen como consecuencia de transacciones que implican,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

GRAFICO No. 1.

COMPOSICION DEL ACTIVO

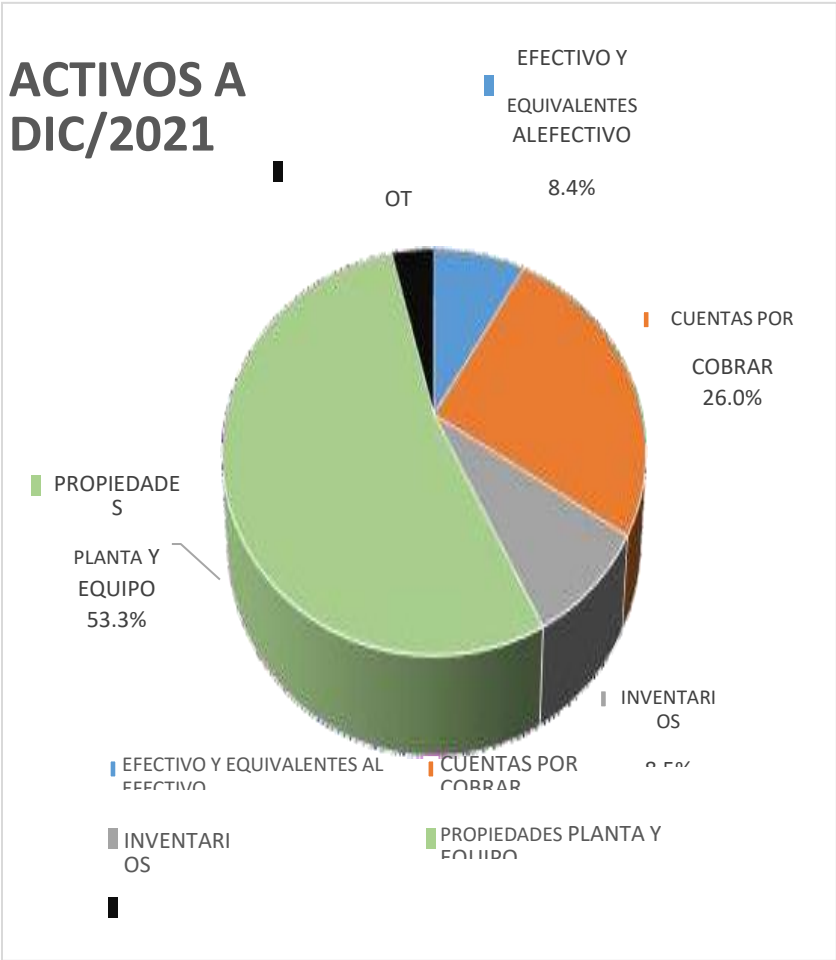


Según el Grafico No. 1, las cuentas más representativas del activo son la cuenta 16 Propiedades Pianta y Equipo con un 68.4% y la cuenta 13 Cuentas por Cobrar con un 22.3%.



6. GRAFICO No. 2.

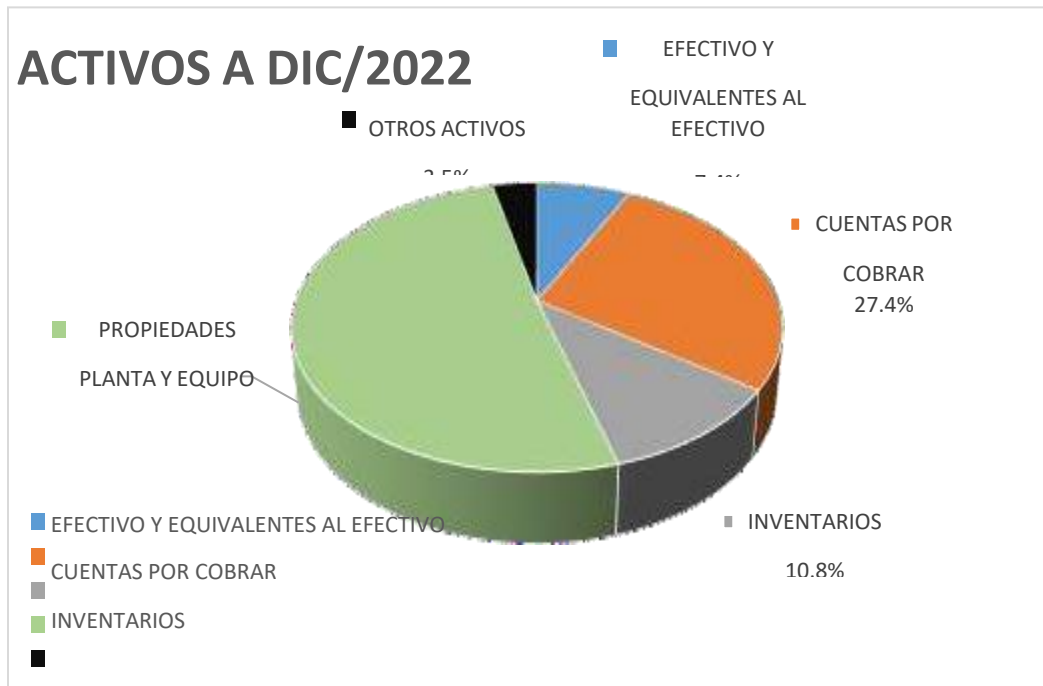
Según el Grafico No. 2, las cuentas más representativas del activo son la cuenta 16



Propiedades Planta y Equipo con un 54.4% y la cuenta 13 Cuentas por Cobrar con un 28.4. %.

Según el Grafico No. 3, las cuentas más representativas del activo son la cuenta 16 Propiedades Planta y Equipo con un 53.3% y la cuenta 13 Cuentas por Cobrar con un 26.0. %

GRAFICO No. 4.




Según el Grafico No. 4, las cuentas más representativas del activo son la cuenta 16 Propiedades Planta y Equipo con un 53.3% y la cuenta 13 Cuentas por Cobrar con un 26.0%.

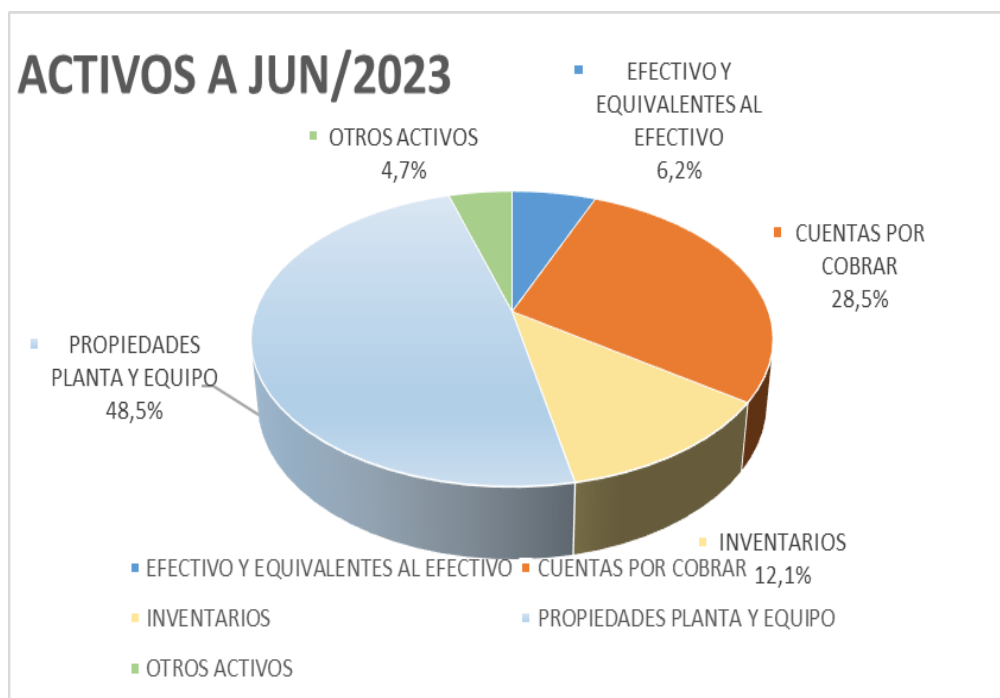
| CUADRO N° 1 ANALISIS HORIZONTAL DEL ACTIVO A NIVEL GRUPO | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| COD CONTABLE | NOMBRE CUENTA CONTABLE | SALDO 31/12/2019 | SALDO 31/12/2020 | VARIACION RELATIVA 2019 - 2020 | SALDO 31/12/2021 | VARIACION RELATIVA 2020 - 2021 | SALDO 31/12/2022 | VARIACION RELATIVA 2021 - 2022 |
| 1 | ACTIVO | 40,681,994,116.53 | 47,458,453,941.43 | 16.66% | 52,525,513,213.47 | 10.68% | 62,173,701,789.96 | 18.37% |
| 11 | EFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFECTIVO | 730,758,594.58 | 1,977,705,461.66 | 170.64% | 4,390,004,830.70 | 121.97% | 4,579,615,880.90 | 4.32% |
| 13 | CUENTAS POR COBRAR | 9,430,044,008.03 | 13,499,338,317.23 | 43.15% | 13,666,330,080.52 | 1.24% | 17,043,161,267.14 | 24.71% |
| 15 | INVENTARIOS | 1,134,117,756.29 | 4,184,906,936.97 | 269.00% | 4,438,728,197.44 | 6.07% | 6,688,913,911.44 | 50.69% |
| 16 | PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPO | 27,327,536,766.71 | 25,809,896,088.15 | -5.55% | 28,001,351,318.39 | 8.49% | 31,676,933,995.36 | 13.13% |
| 19 | OTROS ACTIVOS | 2,059,536,990.92 | 1,986,607,137.42 | -3.54% | 2,029,098,786.42 | 2.14% | 2,185,076,735.12 | 7.69% |

Según el gráfico No.1 y el cuadro N. 1, existe una variación relativa positiva del 18.37% del total de ACTIVOS.

Se observa en el Cuadro No. 1 que una de las variaciones más representativas están en el grupo CUENTAS POR COBRAR con 24.71%, resultado de mayor radicación de la facturación en los diferentes Hospitales adscritos a la ESE.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 78 de 365 |

7. GRAFICO No. 5.



Según el Grafico No. 5, 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 Nº 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 EFECTIVO | 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% |

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%.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 79 de 365 |

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

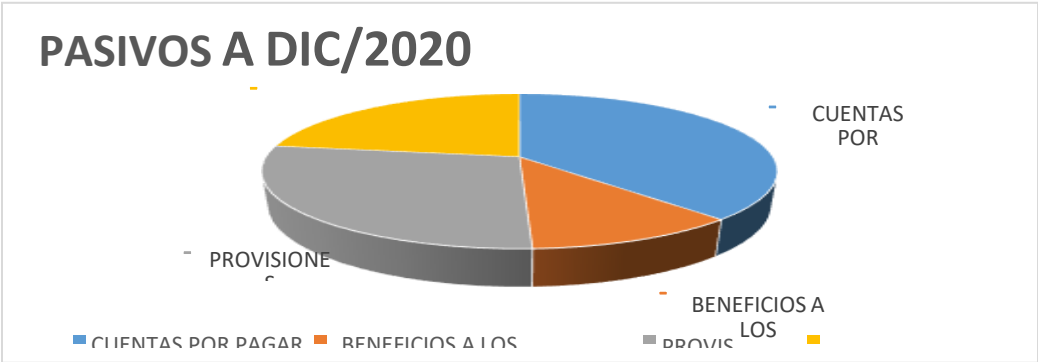
El pasivo de la ESE Moreno y Clavijo está representado por las obligaciones ciertas o estimadas como consecuencia de hechos pasados en desarrollo de sus funciones de cometido estatal.

8. GRAFICO No 6



Según el Grafico No. 6 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 24 correspondiente a Cuentas por Pagar con 52.3% y Provisiones correspondiente a 31.7%.

9. GRAFICO No 7



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 80 de 365 |

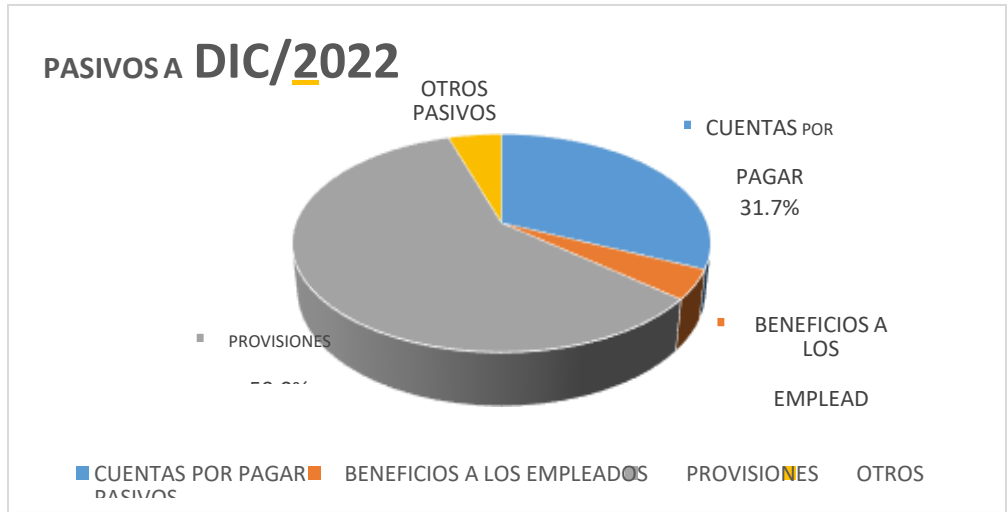
Según el Grafico No. 7 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 24 correspondiente a Cuentas por Pagar con 37.9% y Provisiones correspondiente a 28 %.

10. GRAFICO No 8



Según el Grafico No. 8 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 27 correspondiente a Provisiones con 52.3% y Otros pasivos correspondientes a 24.1 %.

11. GRAFICO No 9



Según el Grafico No. 9 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 27 correspondiente a Provisiones con 59% y Cuentas por pagar a 31. %.

12. GRAFICO No. 10

COMPARATIVO DEL PASIVO



El Grafico No. 10 muestra una disminución de pasivos entre los periodos comparados 2019 y el 2022, equivalente a \$ -3.020.380.582 millones de pesos.

| COD CONTABLE | NOMBRE CUENTA CONTABLE | SALDO 31/12/2019 | SALDO 31/12/2020 | VARIACION RELATIVA 2019 - 2020 | SALDO 31/12/2021 | VARIACION RELATIVA 2020 - 2021 | SALDO 31/12/2022 | VARIACION RELATIVA 2021 - 2022 |
|--------------|----------------------------|------------------|------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------|
| 2 | PASIVOS | 6,566,427,018.22 | 7,402,851,067.93 | 12.74% | 4,080,239,641.28 | -44.88% | 3,546,046,436.04 | -13.09% |
| 23 | PRESTAMOS POR PAGAR | - | - | 0.00% | 132,773,165.00 | 0.00% | 45,889,995.00 | -65.44% |
| 24 | CUENTAS POR PAGAR | 3,089,419,709.94 | 2,807,796,643.50 | -9.12% | 802,743,184.00 | -71.41% | 1,109,446,891.56 | 38.21% |
| 25 | BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS | 980,653,003.00 | 844,160,366.00 | -13.92% | 126,473,550.00 | -85.02% | 153,016,474.20 | 20.99% |
| 27 | PROVISIONES | 2,322,703,959.00 | 2,075,098,161.00 | -10.66% | 2,065,744,635.00 | -0.45% | 2,065,744,635.00 | 0.00% |
| 29 | OTROS PASIVOS | 173,650,346.28 | 1,675,795,897.43 | 865.04% | 952,505,107.28 | -43.16% | 171,948,440.28 | -81.95% |

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.


13. GRAFICO No. 11



Según el Grafico No. 11 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 24 correspondiente a Cuentas por Pagar con 39.1% y Provisiones a 34.4 %

14. GRAFICO No. 12

COMPARATIVO DEL PASIVO

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
|  <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 83 de 365 |



El Grafico No. 12 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% |

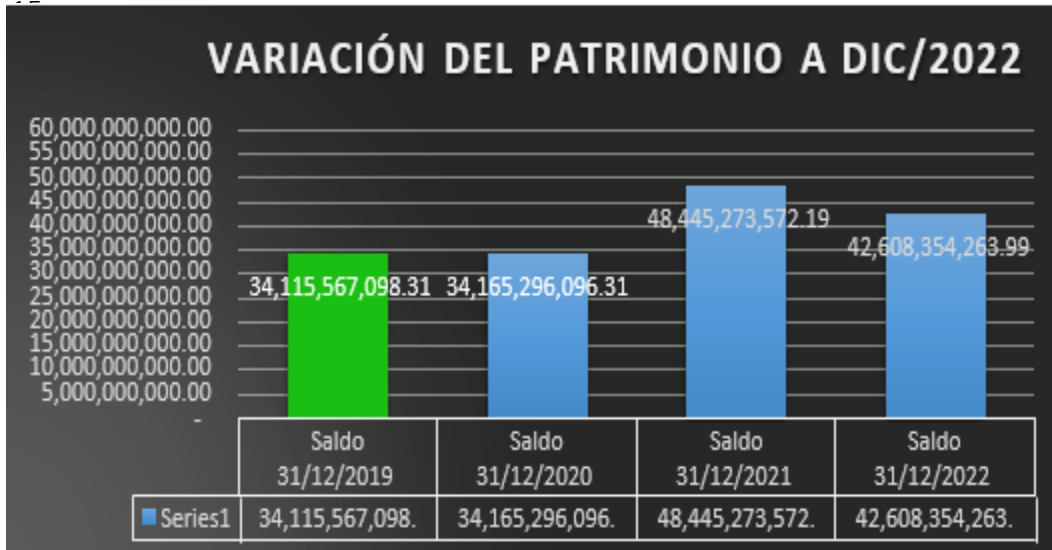
En el Cuadro No. 2 se observa un análisis horizontal a nivel de grupo de las cuentas que componen el pasivo de la ESE Moreno y Clavijo, donde existe una disminución alta en cuentas por pagar, el aumento se debe a mayor pago y gestión de recursos por el gerente de la entidad.

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.

GRAFICO No. 13



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.


22. GRAFICO No. 14



| CUADRO Nº 3 ANALISIS HORIZONTAL DEL INGRESO A NIVEL GRUPO | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------|
| CODIGO CONTABLE | NOMBRE CUENTA CONTABLE | SALDO 31/12/2019 | SALDO 31/12/2020 | VARIACION RELATIVA 2019 - 2020 | SALDO 31/12/2021 | VARIACION RELATIVA 2020 - 2021 | SALDO 31/12/2022 | VARIACION RELATIVA 2021 - 2022 |
| 4 | INGRESOS | 33,551,156,170.87 | 37,134,396,514.48 | 10.68% | 47,454,861,621.94 | 27.79% | 45,140,663,728 | -4.88% |
| 43 | VENTA DE SERVICIOS | 32,369,521,768.87 | 31,512,366,640.50 | -2.65% | 40,424,421,449.35 | 28.28% | 36,033,621,228 | -10.86% |
| 44 | TRANSFERENCIAS | 721,025,937.44 | 4,374,889,161.56 | 506.76% | 7,024,308,790.32 | 60.56% | 8,955,684,340 | 27.50% |
| 48 | OTROS INGRESOS | 460,608,464.56 | 1,247,140,712.42 | 170.76% | 6,131,382.27 | -99.51% | 15,135,815.6 | 2368.58% |

Según el cuadro No. 3 Los ingresos principales de la ESE, son por concepto de Ventas de servicios de salud, Los Otros ingresos agrupan recaudos por Transferencias de giros realizado por el ministerio de protección social, rendimientos financieros, ajustes de años anteriores y otros extraordinarios.



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 365 |

31.

| CUADRO Nº 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% |

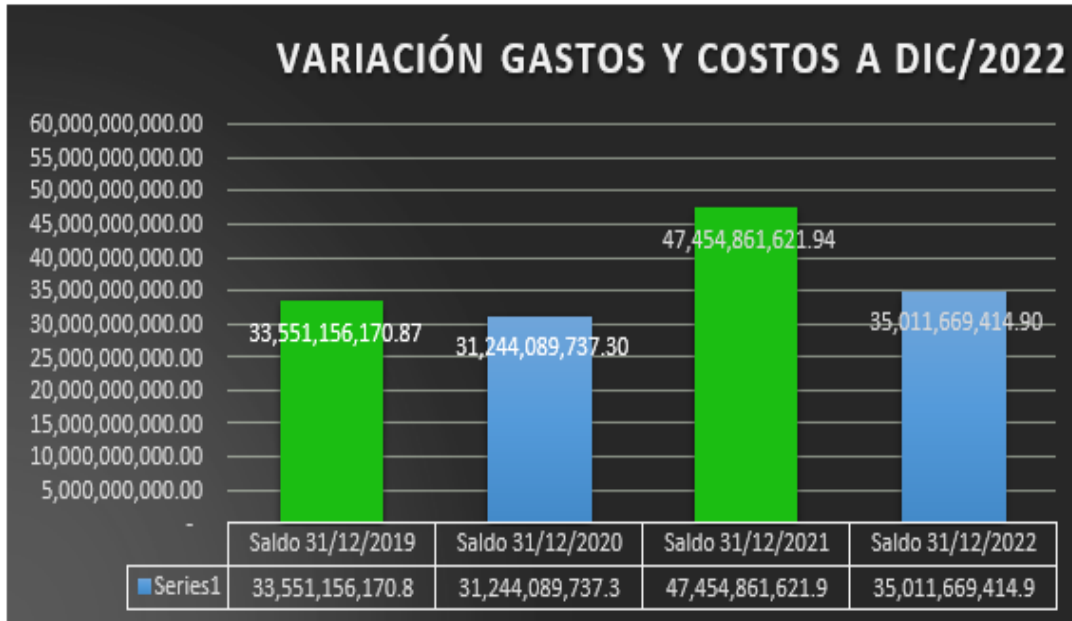
Según el cuadro No. 4 Los ingresos principales de la ESE, son por concepto de Ventas de servicios de salud, Los Otros ingresos agrupan recaudos por Transferencias de giros realizado por el ministerio de protección social, rendimientos financieros, ajustes de años anteriores y otros extraordinarios.

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.

32. GRAFICO No. 15



| CUADRO Nº 4 ANALISIS HORIZONTAL DEL COSTO Y GASTO A NIVEL GRUPO | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| CODIGO CONTABLE | NOMBRE CUENTA CONTABLE | SALDO 31/12/2019 | SALDO 31/12/2020 | VARIACION RELATIVA 2019 - 2020 | SALDO 31/12/2021 | VARIACION RELATIVA 2020 - 2021 | SALDO 31/12/2022 | VARIACION RELATIVA 2021 - 2022 |
| 5 | GASTOS | 16,180,251,114.81 | 15,485,790,092.45 | -4.29% | 27,427,138,741.76 | 14.90% | 16,020,132,598.50 | -41.59% |
| 51 | ADMINISTRACIONN | 6,665,880,837.34 | 7,650,615,474.18 | 14.77% | 9,977,381,981.64 | 15.06% | 14,029,025,748.98 | 40.61% |
| 53 | DETERIORO, DEPRECIACIONES, AM | 1,746,338,335.03 | 1,657,150,738.03 | -5.11% | 1833697258 | 15.06% | 1,785,555,778.37 | -2.63% |
| 58 | OTROS GASTOS | 7,450,650,402.12 | 6,178,023,880.24 | -17.08% | 7,917,966,919.88 | -70.42% | 205,551,071.15 | -97.40% |
| 6 | COSTOS DE VENTAS | 17,370,905,056.06 | 15,758,299,644.85 | -9.28% | 20,027,722,880.18 | 1.65% | 18,991,536,816.40 | -5.17% |
| 63 | COSTOS DE VENTAS DE SERVICIO | 17,370,905,056.06 | 15,758,299,644.85 | -9.28% | 20,027,722,880.18 | 1.65% | 18,991,536,816.40 | -5.17% |

Según el Cuadro No. 4, 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.


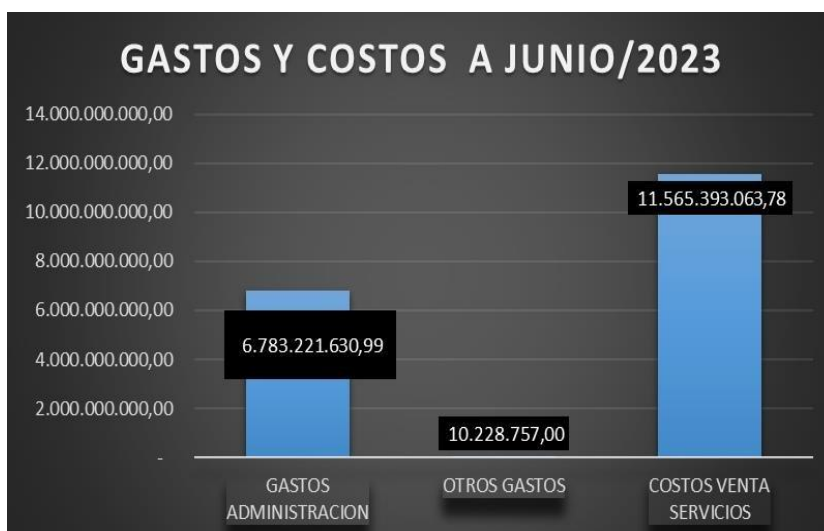
| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 88 de 365 |

GRAFICO No. 16

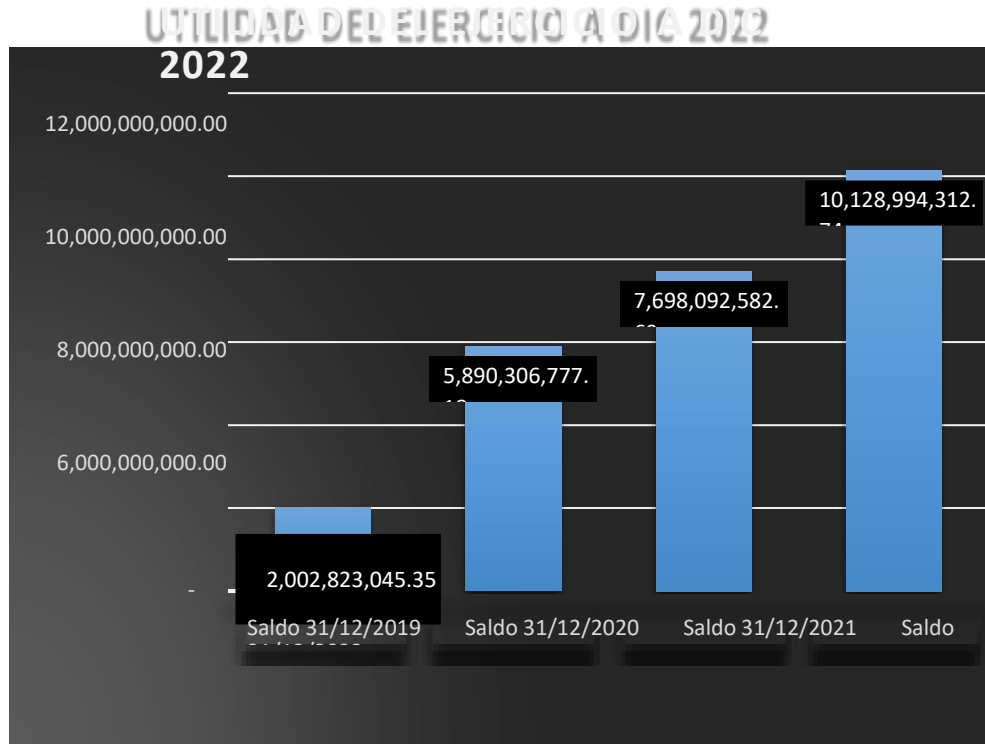


| CUADRO Nº 5 ANALISIS HORIZONTAL DEL COSTO Y GASTO A NIVEL GRUPO | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| CODIGO CONTABLE | NOMBRE CUENTA CONTABLE | 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 SERVICIO | 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 31/12/2019 AL 30/06/2023

GRAFICO No. 17(Cifras en miles \$)

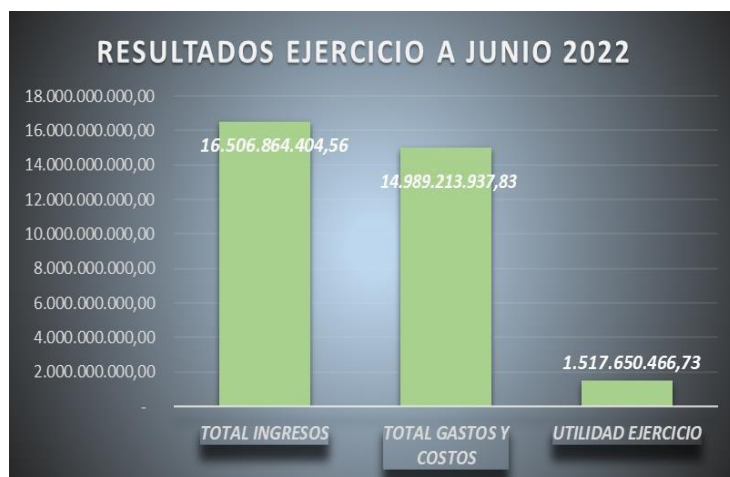


El resultado al cuarto trimestre del año 2022, indica una utilidad de \$10.128.994.312,74 (Cifra en miles \$) con respecto al comparar el total Ingresos menos Total Costos y Gastos




| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 90 de 365 |

del periodo.



| 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. |

2.2. SUBPROCESO GESTIÓN TESORERÍA. INTRODUCCIÓN

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 91 de 365 |

En el Informe que se presenta a continuación se da a conocer los movimientos de la Tesorería de la entidad, realizados durante el cuatrienio años 2020 a 30 de septiembre de 2023, con base en las labores realizadas en la dependencia en el aspecto del manejo del registro de los ingresos de los recursos de las ventas de servicios de salud y el giro de los mismos para el pago de los diferentes gastos administrativos y de operación que se ejecutaron durante este periodo, bajo los principios de honestidad, responsabilidad y compromiso.

OBJETIVOS

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


INGRESOS:

Los recursos ingresados durante el presente cuatrienio a la entidad corresponden a la venta de salud a crédito y de contado lo cual ascendió a un valor de \$ **133, 160, 568,598.21** los cuales están registrados en 4.475 Recibos de Caja.

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS:

| DETALLE | VALOR |
|-----------------------------------|-------------------|
| REGIMEN SUBSIDIADO | 92,033,150,593.78 |
| VENTA DE SERVICIOS A PARTICULARES | 357,958,417.66 |
| TRANSFERENCIAS NACIONALES | 3,630,134,188.00 |
| RECLAMACIONES CON CARGO SGSSS | 10,658,525.00 |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO | 7,667,279,558.68 |

| | |
|--------------------------------------------------------|------------------|
| ENTIDADES REGIMEN ESPECIAL | 515,137,230.00 |
| RIESGOS Y SOAT | 1,388,207,315.28 |
| CONVENIOS ALCALDIAS | 1,151,486,027.00 |
| OTAS VENTAS SERVICIOS DE SALUD | 172,015,332.10 |
| MEDICINA PREPAGADA | 1,057,425.00 |
| SALUD PUBLICA MUNICIPIOS | 3,608,074,768.10 |
| RECLAMACIONES CON CARGO A LOS RECURSOS DEL SGSSS | 594,818,655.00 |
| ANTICIPOS SOBRE CONVENIOS Y C.I. ALCALDIAS | 2,358,086,827.33 |
| ANTICIPO CONVENIOS FONDO DPTAL DE SALUD | 521,776,281.25 |
| VINCULAS SUBSIDIO OFERTA FAC RAD EVENTO | 2,981,418,840.00 |
| RENDIMIENTOS FINANCIEROS RSOS PROPIOS | 9,993,504.06 |
| RENDIMIENTOS FINANCIEROS OTROS | 1,254,884.17 |
| CONSIGNACIONES POR CLASIFICAR | 2,832,938,623.11 |
| OTRAS TRANSFERENCIA DEPARTAMENTALES-UAESA | 2,586,970,118.39 |
| INGRESOS POR PAPELERIA, FOTOCOPIAS Y CERTIFICACIONES | 2,605,156.00 |
| OTROS DEUDORES | 192,723,220.00 |
| TRANSFERENCIAS DE LA NACION CONVENIO ZONAS VEREDALES | 303,188,667.00 |
| RECURSOS DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA EVENTO | 380,421,497.50 |
| I.P.S PRIVADAS - EVENTOS | 984,824,418.00 |
| RECUPERACIONES POR SERVICIOS PUBLICOS | 386,082.00 |
| GANANCIA POR BAJA EN CUENTAS DE ACTIVOS NO FINANCIEROS | 229,139,845.00 |
| CONVENIO MIGRANTES O.I.M | 643,940,120.00 |
| APORTES SUBSIDIO A LA OFERTA | 7,227,146,016.80 |
| TRANSFERENCIAS NACION RECURSOS COVID | 585,983,890.00 |
| REINTEGRO O RECUPERACION PROVEEDORES | 3,395,322.00 |
| GIRO DIRECTO POR ABONO A CARTERA | 34,626,505.00 |
| ARRENDAMIENTO CASETA PANAMA | 300,000.00 |
| PRESTAMO IDEAR | 149,250,000.00 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 93 de 365 |

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| RECUPERACIONES MOV FINANCIEROS | 220,745.00 |
| TOTAL, INGRESOS | \$ 133,160,568,598.21 |

Podemos establecer que en cuanto a los ingresos que se han obtenido durante este periodo, los más representativos son por concepto de venta de servicios de salud de régimen subsidiado.

Por otra parte, es importante resaltar los recursos gestionados por la administración a nivel nacional, lo fortaleció de una manera significativa la vinculación de personal.

De igual manera la administración gestiona préstamo ante el Instituto de Desarrollo de Arauca, para la adquisición de una buseta para el transporte departamental del Área Administrativa. Dicho préstamo a la fecha esta cancelado en su totalidad.

Durante el cuatrienio se logró la consecución de los Planes de Intervenciones Colectivas tanto con los municipios como con la Unidad de Salud.

En el presente año se logró ejecutar durante dos meses en un cien por ciento el recurso de Equipos Básicos.

La administración ha logrado gestionar de forma consecutiva los recursos del nivel nacional del Plan Nacional de Salud Rural- Antiguos Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación.

El área de Tesorería de manera mensual realiza Acta de Conciliación de Ingresos con el área de Cartera.


De igual forma Tesorería y el Área de Contabilidad se realizan de manera mensual conciliación de saldos de cada una de las cuentas bancarias.

EGRESOS:


Durante el periodo del presente cuatrienio, se registraron 35.793 Comprobante de Egresos correspondientes a obligaciones de la entidad con clientes internos y externos por un valor de **\$ \$ 107, 509, 936,837.11**. Por los siguientes conceptos:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 94 de 365 |

| DETALLE | VALOR |
|--------------------------------------|-------------------|
| PROVEDOR DE BIENES | 25,855,980,819.90 |
| PROVEDOR DE SERVICIOS | 13,400,210,814.06 |
| HONORARIOS | 21,131,370,295.46 |
| SERVICIOS TECNICOS | 16,763,558,333.64 |
| NOMINA | 9,300,206,322.47 |
| VACACIONES | 61,608,026.00 |
| PRIMA DE SERVICIOS | 592,699,127.61 |
| PRIMA DE NAVIDAD | 290,561,613.00 |
| BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS | 102,443,386.00 |
| BONIFICACION ESPECIAL POR RECREACION | 4,138,250.00 |
| INDEMNIZACION VACACIONES | 161,986,557.00 |
| PRIMA DE VACACIONES | 176,903,360.00 |
| AUXILIO DE TRANSPORTE | 307,991,258.66 |
| BONIFICACION ESPECIAL POR RECREACION | 17,870,309.00 |
| CESANTIAS | 1,083,583,081.00 |
| RODAMIENTO | 139,345,209.00 |
| CAPACITACION, BIENESTAR SOCIAL | 8,928,133.00 |
| INTERESES A LAS CESANTIAS | 70,950,349.00 |
| HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS | 4,632,887.00 |
| RECARGO NOCTURNO ORDINARIO | 14,379,500.00 |
| RECARGO DOMINICAL | 8,916,000.00 |
| RECARGO DOMINICAL DIURNO | 7,713,000.00 |
| PARAFISCALES | 1,511,062,600.00 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  <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 95 de 365 |

| | |
|-------------------------------------------------|------------------|
| BIENESTAR SOCIAL | 94,292,952.00 |
| APORTE FONDOS PENSIONALES | 2,750,548,600.00 |
| FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL | 60,257,100.00 |
| APORTE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 2,089,764,700.00 |
| APORTE RIESGOS PROFESIONALES | 396,421,500.00 |
| LIBRANZAS | 628,845,844.00 |
| VIATICOS | 181,172,082.00 |
| CUOTAS DE FISCALIZACION | 198,828,420.17 |
| PAGO PREDIAL UNIFICADO | 10,174,378.00 |
| TASAS DE FISCALIZACION | 98,302,787.00 |
| POLIZAS Y SEGUROS | 352,972,124.00 |
| ARRENDAMIENTO OPERATIVO | 802,854,703.37 |
| INTERESES POR MORA | |
| CONCILIACIONES | 45,418,159.00 |
| DEVOLUCION RENDIMIENTOS FINANCIEROS | 55,654,546.04 |
| SENTENCIAS | 1,592,910,845.14 |
| IMPUESTOS | 1,925,227,729.00 |
| SERVICIOS PUBLICOS | 4,367,986,114.00 |
| RECARGO Y DISPONIBILIDAD | 263,615,531.00 |
| CUOTA IDEAR | 165,376,370.00 |
| LICENCIAS | 69,250,285.00 |
| DESCUENTO SINDICAL | 127,888,070.00 |
| DEVOLUCION Y REINTEGRO TRANSFERENCIA NACIONALES | 85,244,974.50 |
| DEVOLUCION Y REINTEGRO UAESA | 9,022,668.07 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 96 de 365 |

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| TASAS Y MULTAS | 309,972.00 |
| AVALUOS Y LEGALIZACION | 11,058,104.00 |
| IMPUESTO SEGURIDAD DEMOCRATICA | 109,499,047.02 |
| TOTAL, EGRESOS | \$ 107,509,936,837.11 |

Es importante resaltar la prioridad que la administración le da a los pagos personal tanto de Nomina como de Contrato de Prestación de Servicios, logrando tener al día al personal de la entidad en cuanto a sueldos se refiere.


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 y administraciones anteriores

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

2.3. SUBPROCESO GESTIÓN FACTURACIÓN. CONTRATACIÓN.

Para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 a 30 de septiembre 2023, se presentan los estados contractuales con las siguientes entidades:

- Contrato con Comparta EPS teníamos una contratación por capitación por valor de 14.891 usuario, EPS que fue liquidada en 2021.
- Contrato con Sanitas EPS con la liquidación de comparta iniciamos contratación para la vigencia 2021 obteniendo un aumento en el valor de la cápita a 19.530 logrando de esta forma empezar el mejoramiento de la contratación para la vigencia

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 97 de 365 |

2022 por valor de 21.550 y para la vigencia 2023 un valor de 23.222 los valores corresponden para los dos regímenes subsidiado y contributivo.


- Contrato Nueva EPS para el 2020 se tenía una contratación por cápita de 15.506, para el 2021 aumentamos el valor a 16.610, para el 2022 se logra aumentar el valor a 17.551 siendo así la contratación más baja, el 2023 se logra un aumento significativo después de varias mesas de negociación por valor de 21.791 para el régimen subsidiado, a partir de octubre de 2023 se logra negociación para el régimen contributivo por valor de 21.813 para los municipios de Fortul, Cravo y Rondón.
- Policía para todas las vigencias se ha manejado contratación por evento con valor Soat Especial.
- Contrato por evento con Positiva con valor Soat Especial (+25%) con prórroga automática.
- Ejército para todas las vigencias se ha manejado contratación por evento con valor Soat Especial.

FACTURACIÓN GENERADA

A continuación, se detalla la facturación generada durante el periodo del 1 de enero de 2020 a 30 de septiembre 2023.

Tabla 1. Facturación Generada

| ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO | | | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|
| FACTURACION GENERADA POR HOSPITAL Y MES 2020 | | | | | |
| CODIGO | HOSPITAL | TOTAL FACTURACION GENERADA 2020 | TOTAL FACTURACION GENERADA 2021 | TOTAL FACTURACION GENERADA 2022 | TOTAL FACTURACION GENERADA A 30 SEPTIEMBRE 2023 |
| 1 | SAN ANTONIO DE TAME | 8.543.156.728,50 | 11.140.938.382,47 | 11.444.222.436,18 | 10.429.534.763,90 |
| 2 | SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 6.435.762.854,00 | 8.123.314.477,72 | 8.543.960.117,20 | 8.230.763.586,46 |
| 3 | SAN FRANCISCO DE FORTUL | 6.157.646.255,00 | 7.629.782.057,00 | 5.483.431.356,00 | 4.946.717.423,00 |
| 4 | SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON | 1.885.028.261,00 | 2.183.139.744,00 | 1.894.475.693,10 | 1.650.821.613,00 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 98 de 365 |

| | | | | | |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5 | SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 1.484.733.100,00 | 1.613.129.736,20 | 1.546.764.880,20 | 1.382.548.365,20 |
| 6 | SAN RICARDO PAMPURI | 1.892.722.917,00 | 2.743.933.496,66 | 1.912.257.376,70 | 1.759.702.368,96 |
| 7 | CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA | 1.099.149.695,00 | 1.071.974.868,42 | 628.945.301,70 | 708.799.584,28 |
| 8 | CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL | 1.361.086.306,00 | 2.093.724.934,68 | 1.772.856.254,37 | 1.609.726.155,50 |
| 9 | ESE MORENO Y CLAVIJO | 2.610.528.152,00 | 3.894.218.142,00 | 3.133.035.367,00 | 1.578.704.927,50 |
| TOTAL | | 31.469.814.268,50 | 40.494.155.839,15 | 36.359.948.782,45 | 32.297.318.787,80 |


Fuente: Consolidado Facturación Generada.

FALENCIAS PRESENTADAS EN EL PROCESO DE FACTTURACION

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

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

MEDIDAS DE MEJORA


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 99 de 365 |

- 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.
- Con el fin de prestar una mejor atención a los usuarios la Ese Moreno y Clavijo implemento el software Salud360 que nos permite trabajar todas las sedes en línea.
- Con la implementación del nuevo Software se ha venido dando solución a la accesibilidad y oportunidad de atención.
- 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.
- Se realiza la implementación de nuevo software lo cual permite disminuir el desgaste humano y nos ayuda a controlar la facturación.

2.4. SUBPROCESO GESTIÓN CARTERA.

El saldo de cartera consolidado con corte a 30 de agosto por deudas por prestación de servicios de salud asciende a la suma de \$20.875.261.092 con unos anticipos realizados por parte de las ERP por valor de \$6.291.289.208 lo que genera un saldo de cartera exigible por valor de \$14.583.971.884.

El régimen subsidiado continua siendo nuestro mayor deudor ya que representa un 61.05% con un saldo de \$12.743.401.823 del total de nuestra cartera, es de anotar, que este régimen alberga a 13 de las 18 entidades que actualmente se encuentran en proceso de liquidación, las entidades que atienden a la población migrante representan un 13.87% del total de la cartera con un saldo de \$2.894.771.677, continua las entidades que agrupan a las aseguradoras de accidentes de tránsito con un % de participación del 10.53 con un saldo de cartera por valor de \$2.198.914.992, continua el régimen contributivo con un saldo de cartera de \$2.098.622.386 representando un 10.05% de participación, otras entidades representan un 2.47% de participación – pic municipales, medicina prepagada, etc. - con un saldo de cartera por \$515.490.131, las demás entidades – IPS privadas, ARL, régimen especial – representan un 2.03% del total de la cartera con un saldo de \$424.060.083.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 100 de 365 |

| CONSOLIDADO ESTADO DE CARTERA A CORTE AGOSTO 2023 | | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| ENTIDADES | SALDO NETO | ENT. LIQUIDACION | NETO |
| REGIMEN SUBSIDIADO | \$ 12.743.401.823 | \$ 7.445.742.305 | \$ 5.297.659.518 |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO | \$ 2.098.622.386 | \$ 374.398.750 | \$ 1.724.223.636 |
| SOAT | \$ 2.198.914.992 | \$ - | \$ 2.198.914.992 |
| IPS PRIVADAS | \$ 122.510.315 | \$ - | \$ 122.510.315 |
| ARL | \$ 101.234.289 | \$ - | \$ 101.234.289 |
| VINCULADOS | \$ 2.894.771.677 | \$ - | \$ 2.894.771.677 |
| REGIMEN ESPECIAL | \$ 200.315.479 | \$ - | \$ 200.315.479 |
| PIC MUNICIPALES | \$ 454.545.972 | \$ - | \$ 454.545.972 |
| OTROS | \$ 60.944.159 | \$ - | \$ 60.944.159 |
| SALDO CARTERA | \$ 20.875.261.091 | \$ 7.820.141.055 | \$ 13.055.120.036 |

FUENTE: ARCHIVO CARTERA - SOFTWARE SALUD 360

Durante el último cuatrienio el estado de cartera de la ESE MYC ha presentado una variación importante año atrás año, se debe esto principalmente a las ERP que han sido intervenidas y liquidadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud concentradas en los regímenes subsidiado y contributivo, desde el año 2020 que se inició con la liquidación de Salud vida EPS, en el año 2021 con Comparta EPS y continuando en el año 2022 con Medimás EPS, con la presentación de acreencias que de forma oportuna, algunas con actas de reconocimiento de deuda pero que hasta la fecha no se ha realizado pago alguno, exceptuando el caso de SaludCoop y cafésalud que han realizado pagos a prorrata.

| COMPARATIVO ESTADO DE CARTERA | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| REGIMEN | 2020 | 2021 | 2022 | AGST 2023 |
| REGIMEN SUBSIDIADO | \$ 7.362.465.163 | \$ 7.660.146.290 | \$ 7.812.762.550 | \$ 12.743.401.823 |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO | \$ 3.618.983.890 | \$ 5.359.663.495 | \$ 10.533.793.502 | \$ 2.098.622.386 |
| SOAT - ECAT | \$ 875.507.692 | \$ 966.845.126 | \$ 1.373.241.353 | \$ 2.198.914.992 |
| PRIVADA | \$ 179.851.205 | \$ 251.011.037 | \$ 141.259.528 | \$ 122.510.315 |
| ARL | \$ 45.465.580 | \$ 60.751.865 | \$ 45.476.581 | \$ 101.234.289 |
| VINCULADOS | \$ 1.080.075.121 | \$ 1.111.390.988 | \$ 2.660.591.228 | \$ 2.894.771.677 |
| REGIMEN ESPECIAL | \$ 107.168.768 | \$ 152.405.062 | \$ 130.557.914 | \$ 200.315.479 |
| OTROS | \$ 5.135.918 | \$ 237.953.768 | \$ 1.106.795.800 | \$ 515.490.131 |
| TOTALES | \$ 13.274.653.337 | \$ 15.800.167.631 | \$ 23.804.478.456 | \$ 20.875.261.091 |

El cierre de la vigencia 2021 presentó un saldo de cartera por la suma de \$15.800.167.631 con un aumento frente al cierre del año inmediatamente anterior en la suma 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 101 de 365 |


\$2.525.514.294 saldo concentrado en el régimen contributivo, a corte 30 de agosto de 2023 el estado de cartera presenta una disminución frente al cierre del año 2022 concentrado nuevamente en el régimen contributivo; esto en base a la gestión de cruces, depuración y conciliación de saldos desarrollada la cual estuvo enfocada en los mayores deudores como son – Sanitas, Nueva EPS. Durante el último periodo se visualiza un incremento en los saldos de cartera correspondientes a la entidad que asume la cartera por atención a la población migrante – UAESA - pese a las gestiones realizadas por parte del área de cartera con acompañamiento de la gerencia existe por parte del Ministerio de Salud dilatación para el envío de estos recursos al ente territorial.

ANALISIS ESTADO DE CARTERA POR EDADES.

El saldo de cartera de 0 a 30 días se encuentra en la suma de \$2.890.134.444 el cual representa un 13.84% de participación dentro del saldo total de cartera, el saldo de cartera entre 31 y 60 días corresponde a un 4.68% del total de la cartera con un valor de \$976.288.791, el saldo de cartera entre 61 y 90 días se encuentra en la suma de \$956.372.750 representando un 4.58%, en general, el saldo de cartera de 0 a 90 días representa un 23.10% del total de la cartera de la ESE MYC la cual es catalogada como corriente dado que aún se encuentra en los términos de auditoria; el saldo de cartera entre 91 y 180 días se encuentra en la suma de \$2.146.654.181 el cual representa un 10.28%, un saldo de cartera entre 181 y 360 días por valor de \$3.096.006.544 representa un 14.83% y un saldo de la cartera > a 360 días por la suma de \$10.809.804.381 que representa un 51.78% del total de la cartera.

Pese al monto que representa la cartera con mora superior a 360 días catalogada como de “difícil cobro” esta se mantiene estable teniendo en cuenta que presenta saldos de cartera que datan desde la vigencia 2005, adicional a esto, el total de la cartera que corresponde a entidades en proceso de liquidación hace parte de esta clasificación sobre las cuales se han interpuesto desde el área de cartera recursos ordinarios, requerimientos y demás en contra de las decisiones administrativas como judiciales notificadas por parte de las liquidadoras, los cuales han sido desestimados argumentando principalmente falta de recursos a fin de hacer frente a estas deudas ya reconocidas.

Con Comparta EPS en liquidación dando respuesta a resolución No RCG3127-20220615 del 06/15/2022 la cual rechaza la acreencia presentada de manera oportuna por la ESE MYC, se emite recurso de reposición dentro de los términos de oportunidad, sin que haya a la fecha respuesta alguna por parte de la liquidadora.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 102 de 365 |

En % de participación continua Saludvida EPS en liquidación de acuerdo a resolución No 0808 del 25 de abril de 2022, la liquidadora declara configurado el desequilibrio financiero de esta entidad, entendiéndose por el agotamiento total de los activos y la imposibilidad del pago de las deudas reconocidas dentro del pasivo cierto reclamado declarándose imposibilitada para el pago de sus acreedores, se dio respuesta mediante recurso de reposición decisión que fue ratificada por la liquidadora mediante resolución No 0910 del 31/10/22 el cual desestima las pretensiones de la entidad.

REGIMEN SUBSIDIADO


La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado a corte 30 de agosto de 2023 es de \$12.743.401.823 la cual representa un 61.05% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación por valor de \$7.445.742.305 Este régimen concentra 13 entidades en proceso de liquidación cuyo saldo representa un 58.43% del total en este régimen.

REGIMEN CONTRIBUTIVO

La cartera total de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen contributivo a corte 30 de agosto de 2023 es de \$2.098.622.386 la cual representa el 10.05% del total de la cartera (-) saldos de entidades en proceso de liquidación por valor de \$374.398.751; valor que ha disminuido frente a las vigencias anteriores por el pago a prorrata que han realizado las EPS SaludCoop y Cafesalud de los valores reconocidos dentro del proceso liquidatorio. Los 2 principales deudores en este régimen es a saber Nueva EPS y Sanitas EPS concentran un total de cartera que corresponde al 90.64% entidades con las cuales se encuentran vigentes acuerdos de pago.

SOAT

El saldo de cartera de las entidades aseguradoras a corte 30 de agosto asciende a la suma de \$2.198.914.992 la cual representa un 10.53% del total de la cartera, la cartera con mora > a 360 días alcanza un 45.19% con saldos desde la vigencia 2005, La previsora Cía. de seguros representa el mayor porcentaje de cartera en mora objetada, adicional a hecho de que se encuentra en su mayoría prescrita, sucede igualmente con la aseguradora Seguros del estado que representa un 22.81% de participación y objeciones de 90.9%.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 103 de 365 |

OTRAS VENTAS POR SERVICIO DE SALUD

El saldo de cartera que consolida las otras ventas realizadas a entidades dentro de esta clasificación - IPS privadas, entidades de medicina prepagada, entidades que atienden a la población vulnerable, régimen especial, convenios interadministrativos, ARL y otras ventas al corte 30 de agosto de 2023 representa la suma de \$3.834.321.891 que corresponde a un 18.37% de participación dentro del saldo total de cartera.

Los saldos de cartera con los entes territoriales que atienden a la población migrante – UAESA - representan un 13.87% del total del saldo con \$2.894.771.677 saldos que corresponde de las vigencias 2021, 2022 y 2023, pese a los diversos requerimientos que se han enviado al ente territorial, Superintendencia de Salud y Ministerio para el pago de estos valores, no existe respuesta positiva frente a esta solicitud por la falta de recursos a fin de cubrir estas atenciones. En las entidades que integran las Ips privadas la de mayor representación es Fundación Foscal con saldo neto por la suma de \$28.977.350.

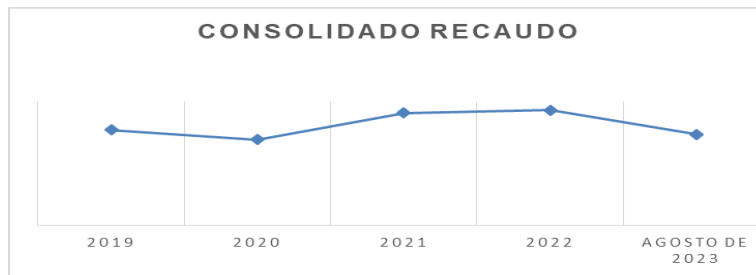
COMPORTAMIENTO DEL RECAUDO

A corte mes de agosto se obtiene un recaudo por venta de servicios de salud de \$25.797.318.068, en donde el régimen subsidiado representa un 85.53% del total del recaudo, esto en virtud de los contratos cápita vigentes con la Nueva EPS, Coosalud y Sanitas lo que nos ha permitido contar con un efectivo flujo de caja, el régimen contributivo representa un 6.27% y las demás entidades representan un 8.20%.


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 104 de 365 |

| CONSOLIDADO RECAUDO | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| TIPO PAGADOR | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | AGOSTO DE 2023 |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO | \$ 513.296.694 | \$ 402.578.312 | \$ 3.253.497.157 | \$ 3.308.445.816 | \$ 1.616.500.052 |
| REGIMEN SUBSIDIADO | \$ 20.673.631.671 | \$ 19.449.420.447 | \$ 21.814.718.210 | \$ 25.826.585.363 | \$ 22.065.668.578 |
| POBLACION POBRE | \$ 2.286.732.516 | \$ 997.383.738 | \$ 1.669.729.725 | \$ 179.090.320 | - |
| SOAT | \$ 364.528.053 | \$ 334.173.218 | \$ 931.059.953 | \$ 499.871.205 | \$ 342.377.513 |
| P. INTER. COLECTIVAS | \$ 2.604.129.775 | \$ 2.247.465.460 | \$ 3.219.750.664 | \$ 1.491.868.334 | \$ 1.076.230.023 |
| OTRAS VENT. SERV. SALUD | \$ 544.483.204 | \$ 799.787.345 | \$ 853.714.671 | \$ 1.274.079.104 | \$ 696.541.902 |
| TOTALES | \$ 26.986.801.913 | \$ 24.230.808.520 | \$ 31.742.470.380 | \$ 32.579.940.142 | \$ 25.797.318.068 |

Realizando un análisis del comportamiento del recaudo en el cuatrienio tomando como herramientas los dos mecanismos utilizados por parte de las ERP para el giro de recursos – Giro directo que corresponde a un promedio del 65.29% de los recursos recibidos y recursos propios - se observa un crecimiento año tras año del recaudo, pese a que en el año 2020 se visualiza una disminución debido a la problemática generada en torno a inicio pandemia COVID – 19 se cumplió con las metas establecidas para este año; gracias a esto y a la gestión realizada desde la gerencia la entidad durante los últimos tres años no ha presentado riesgo financiero y en las vigencias 2021 y 2022 finalizo vigencia con superávit.



Pese a que los procesos liquidatorios que se han venido presentando con las diferentes EPS ha impactado en el flujo de recursos; existe un recaudo positivo en ambos componentes de giro directo y recursos propios, manteniendo una tendencia de 50 / 50 o

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 105 de 365 |

60 / 40, como producto de la gestión realizada con las ERP. A corte agosto de 2023 ya se observa un cumplimiento de la meta de recaudo de cartera corriente proyectada para la vigencia y en la meta de recuperación de cartera proyectada se dio cumplimiento a este indicador en el mes de junio de 2023.

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.

2.5. SUBPROCESO GESTIÓN AUDITORIA DE CUENTAS U OBJECIONES.

OBJETIVO:

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

ALCANCE DE LA AUDITORIA:

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

DOCUMENTACIÓN ANALIZADA:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 106 de 365 |

De acuerdo al periodo comprendido entre las vigencias en mención damos constancia de la evidente disminución de las objeciones recibidas por modalidad evento y del mismo modo capitados. Entre el 01 de ENERO A DICIEMBRE 2020, se recibieron glosas por valor de **\$401.320.500**, del mismo modo Entre el 01 de ENERO A DICIEMBRE 2021, se recibieron glosas por valor de **\$312.500.000**, continuando con el periodo 01 de ENERO A DICIEMBRE 2022, se recibieron glosas por valor de **\$210.450.300**, y hoy a corte **30 de septiembre de 2023 un valor de \$198.300.000** Correspondiente a la radicación de las cuentas por prestación de servicios de salud en los diferentes hospitales bajo la modalidad de evento. 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.

Me permito presentar las objeciones recibidas según el hospital y centro donde se presta la atención.

AFECTACION PORCENTUAL

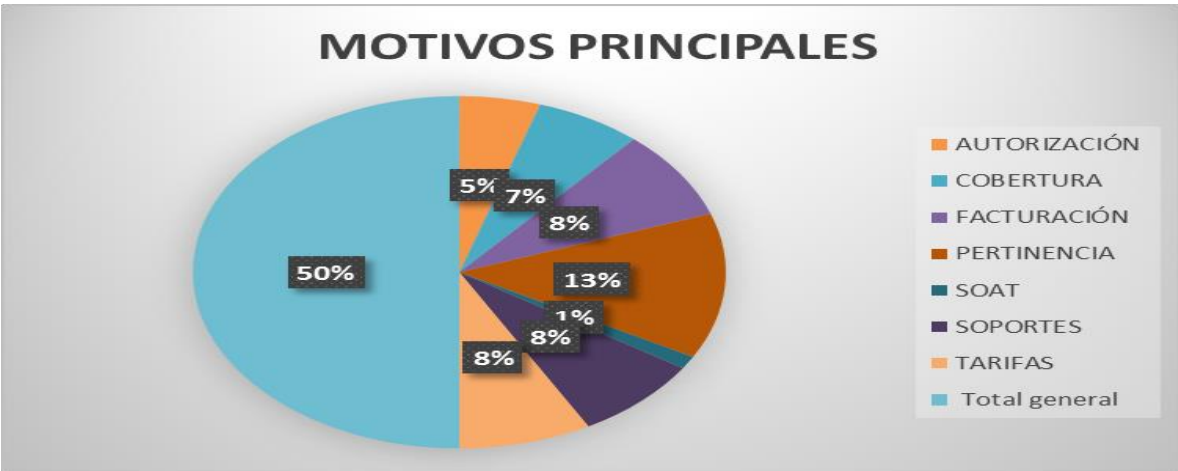
Según el valor Radicado durante el cuatrienio, evidenciamos la afectación porcentual de la glosa con un comportamiento favorable para cada hospital, teniendo en cuenta que se trata de una Objeción Inicial.



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 107 de 365 |

Los principales motivos de glosa Inicial corresponden a:

AFECTACION PORCENTUAL



Teniendo en cuenta los motivos de glosa según lo establece la Resolución 3047 de 2008 en el Anexo técnico No 6, me permito presentar por medio de esta tabla el porcentaje representativo para la **ESE MORENO Y CLAVIJO** de las glosas iniciales y definitivas, según los detalles específicos de cada motivo se complementa la información de la siguiente manera:

FACTURACIÓN


TARIFAS

COBERTURA

AUTORIZACION

SOPORTES

PERTINENCIA

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 108 de 365 |

CONSILIACION DE GLOSAS.

Durante el desarrollo de las actividades durante el cuatrienio la vigencia 2020 a 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, con resultados favorables según detallado aquí relacionado. Con una recuperación de más del 80% de las glosas iniciales.

Es importante validar el avance en el cumplimiento de las actividades de PYM las cuales han disminuido la glosa.

El plan de trabajo realizado durante el cuatrienio se realizó socialización de glosas personalizada en cada hospital en visitas de auditoría y seguimientos y mediante 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.

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.

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.

En cuanto a tecnología: Las necesidades han disminuido con la adquisición del software. Tenemos mejor acceso a la información. Un sistema acorde a las necesidades de la

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 109 de 365 |

entidad en el área de archivo que permita la custodia de la historia clínica y su pronta adquisición en los casos en que se requiera.

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 debe fortalecer el proceso de facturación, seguimiento a las actividades en cuanto al manejo de manuales tarifarios por parte del personal de facturación, para tal 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.

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.

2.6 PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.

DESARROLLO.

Los planes institucionales del Proceso de Gestión del Talento Humano de la vigencia 2020 - 2023, fueron aprobados en los tiempos establecidos, 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.

Evidencia de la publicación de los planes, en la página web en el siguiente link o ruta: <https://esemorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/>

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  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 365 |

EJECUCION- PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES

Dentro del plan de incentivos institucionales de la vigencia 2020 - 2023, se contemplaron actividades que fueron ejecutadas en el transcurso del año.

2020: Ejecución y cumplimiento del 100%.

2021: Ejecución y cumplimiento del 100%.


2022: Ejecución y cumplimiento del 100%

2023: Ejecución y cumplimiento a la fecha de la presente vigencia con corte 30 de septiembre del 2023, es del 66%

Las siguientes actividades que a continuación se relacionan, son las que se vienen ejecutando anualmente de acuerdo a las necesidades de bienestar social.

| ITEM | ACTIVIDADES | FECHA CONMEMORACIÓN | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-----|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
| | | | 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 |
| 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 |

EJECUCION- PLAN DE CAPACITACIONES

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  NIT: 900.304.131 - 8 | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 111 de 365 |

Se expone el avance y cumplimiento del plan de Capacitaciones de la vigencia 2020 - 2023, se contemplaron unas actividades que serán ejecutados en el transcurso del año.

2020: Ejecución y cumplimiento del 100%.

2021: Ejecución y cumplimiento del 100%.

2022: Ejecución y cumplimiento del 100%

2023: Ejecución y cumplimiento a la fecha de la presente vigencia con corte 30 de septiembre del 2023, es del 66%

Las siguientes actividades que a continuación se relacionan, son las que se vienen ejecutando anualmente de acuerdo a las necesidades del respectivo plan.

| ITEM | TEMAS DE CAPACITACIÓN | RESPONSABLES | SISTEMA DE CAPACITACIÓN | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------|----|---|---|--------------|----|---|---|--------------|---|---|---|
| | | | | N | E | A | B | A | U | U | G | E | C | O | I |
| | | | | 1° | 2° | | | | 3° | | | | | | |
| | | | | CUATRIMESTRE | | | | CUATRIMESTRE | | | | CUATRIMESTRE | | | |
| 1 | Inducción para personal nuevo | Talento Humano | Presencial | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 2 | Re inducción de personal | | Presencial | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 3 | Contratación Estatal | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x | x |
| 4 | Sistema gestión de riesgos y control interno, Auditoría y control interno en el proceso auditor. | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x | x |
| 5 | Política seguridad del paciente. | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x | x |
| 6 | Auditoría, mipp. | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x | x |
| 7 | Sistema de información en salud, Excel para el manejo de datos y análisis de datos. | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x | x |
| 8 | SOGC en su componente de sistema único de habilitación, PAMEC y sistemas únicos de acreditación. | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x | x |
| 9 | Planificación y gestión de tesorería | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x | x |
| 10 | Auditoría financiera, Talento Humano | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x | x |
| 11 | Administración de Servicios de Salud | | | Presencial/ Virtual | | | | | | | x | x | x | x | x |

INDUCCIONES Y REINDUCCION PARA PERSONAL:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 112 de 365 |

Durante las capacitaciones de inducción y reinducción se fortalecen las competencias de conocimiento (saber) habilidad (Hacer) y Actitud (Ser), cultura institucional. Y se diseñan de acuerdo a los lineamientos de la entidad en el cual se establecen necesidades de capacitación.

La Re inducción reorienta 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: Anualmente se Evalúa el impacto del plan institucional de capacitaciones- PIC.


PLAN DE CAPACITACIÓN:

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.

A raíz de esto se formula la identificación o diagnóstico de necesidades de capacitación, anualmente se realiza un cuestionario y a partir de allí se detectan los temas de capacitaciones.

EJECUCION- PLAN DE PREVISIONDE RECURSOS HUMANOS

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,

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 113 de 365 |

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:

Planta Global De Personal:

Tabla 1.

| NOMBRE DE CARGOS | N° CARGOS |
|-------------------------|------------------|
| SEDE CENTRAL | |
| Gerente ESE | 1 |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 114 de 365 |

| | |
|----------------------------------------------------|-----------|
| 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 actual:

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% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 365 |

| | | | | | | |
|--------------------|-----------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|
| 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.

Dentro del plan de incentivos institucionales de la vigencia 2020 – 2023 se contempla lo siguiente:

2020: Ejecución y cumplimiento del 100%.

2021: Ejecución y cumplimiento del 100%.


2022: Ejecución y cumplimiento del 100%

2023: Ejecución y cumplimiento a la fecha de la presente vigencia con corte 30 de septiembre del 2023, es del 66%

EJECUCION- PLAN ANUAL DE VACANTES

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 116 de 365 |

de cargos existentes que deban ser objeto de provisión, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios que se prestan.


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.
- El cargo profesional universitario (Financiero) este cargo se encuentra cubierto por un profesional en provisionalidad, ya que el profesional en propiedad del cargo se encuentra cubriendo temporalmente el cargo profesional universitario (sistemas de información).
- En el año 2021 se creó el cargo Profesional Universitario (SIAU), y está cubierto por un profesional en provisionalidad. Actualmente se está realizando las gestiones necesarias para iniciar procesos de concurso y todo lo necesario con la CNSC y SIMO para que de esta manera se lleve a cabo el proceso de concurso.SIA

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 117 de 365 |

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.

| SIA OBSERVA – 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 | SI | 553 |
| AGOSTO | SI | 431 |
| SEPTIEMBRE | SI | 422 |

Dentro de las actividades de este proceso en la vigencia 2020 – 2023 se contempla lo siguiente:

2020: Ejecución y cumplimiento del 100% del cargue de la contratación.


2021: Ejecución y cumplimiento del 100% del cargue de la contratación.

2022: Ejecución y cumplimiento del 100% del cargue de la contratación.

2023: Ejecución y cumplimiento a la fecha de la presente vigencia con corte 30 de septiembre del 2023, es del 75%.

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 118 de 365 |

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.

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 de la vigencia 2023.

| 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 | SI | 553 |
| AGOSTO | SI | 431 |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 119 de 365 |

| | | |
|------------|----|-----|
| SEPTIEMBRE | SI | 422 |
|------------|----|-----|

Dentro de las actividades de este proceso en la vigencia 2020 – 2023 se contempla lo siguiente:

2020: Ejecución y cumplimiento del 100% del cargue de la contratación.

2021: Ejecución y cumplimiento del 100% del cargue de la contratación.

2022: Ejecución y cumplimiento del 100% del cargue de la contratación.

2023: Ejecución y cumplimiento a la fecha de la presente vigencia con corte 30 de septiembre del 2023, es del 75%.

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>

SISTEMA DE INFORMACION HOSPITALARIA(SIHO):

Para dar cumplimiento en la oportunidad del reporte de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, de cada una de las ESE del País, con lo cual se da cumplimiento a lo previsto en el anexo No. 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  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 120 de 365 |

La Ese Moreno y Clavijo desde la gestión del talento Humano viene realizando los reportes trimestrales a los que corresponde Contratación de personal y Recursos Humanos. Los reportes se realizan directamente en la plataforma de forma trimestral y así mismo se radica oficio en la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca.

| Reporte de Formularios SIHO 2093 | | | | |
|-----------------------------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| ITEM | PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
| CONTRATACIÓN | X | X | | |
| RECURSO HUMANO | X | X | | |

Dentro de las actividades de este proceso en la vigencia 2020 – 2023 se contempla lo siguiente:

2020: Ejecución y cumplimiento del 100% del reporte de contratación.

2021: Ejecución y cumplimiento del 100% del reporte de contratación.


2022: Ejecución y cumplimiento del 100% del reporte de contratación.

2023: Ejecución y cumplimiento a la fecha de la presente vigencia con corte 30 de septiembre del 2023, es del 66%.

NOMINA:

Durante la gestión del talento humano, la liquidación y radicación de la nómina se realiza mes a mes en la oficina de contabilidad para su causación. A la fecha no hay nomina pendiente.

| NOMINA 2093 | | | | |
|--------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| ITEM | PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
| ENERO | X | | | |
| FEBRERO | X | | | |
| MARZO | X | | | |
| ABRIL | | X | | |
| MAYO | | X | | |
| JUNIO | | X | | |
| JULIO | | | x | |
| AGOSTO | | | x | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <p>MORENO & CALVIJO 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 121 de 365 |

| | | | | |
|------------|--|--|---|--|
| SEPTIEMBRE | | | x | |
|------------|--|--|---|--|

Dentro de las actividades de este proceso en la vigencia 2020 – 2023 se contempla lo siguiente:

2020: Ejecución y cumplimiento del 100% de la nómina, sin pagos pendientes.

2021: Ejecución y cumplimiento del 100% de la nómina, sin pagos pendientes.

2022: Ejecución y cumplimiento del 100% de la nómina, sin pagos pendientes.

2023: Ejecución y cumplimiento a la fecha de la presente vigencia con corte 30 de septiembre del 2023, es del 75%.

PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO A TERMINO FIJO:

La ESE MORENO Y CALVIJO, en pro de mejorar las condiciones laborales del personal, se está mejorando la contratación con el fin de garantizar las prestaciones sociales: Dentro objetos contractuales de los cuales fueron vinculados bajo esta modalidad son: Auxiliares de enfermería, servicios generales, cajeros facturadores, auxiliares de laboratorio, vacunadores urbanos y rurales.

Dentro de las actividades de este proceso en la vigencia 2020 – 2023 se contempla lo siguiente:

2021: Se vincularon 210 trabajadores por contrato a término fijo.


2022: Se vincularon 302 trabajadores por contrato a término fijo.

2023: Se vincularon 367 trabajadores por contrato a término fijo.

2.7 SUBPROCESO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERFIL SOCIODEMOGRAFICA

➤ GENERALIDADES DE LA EMPRESA

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 122 de 365 |

La Empresa Social del Estado Departamental de primer nivel Moreno y Clavijo, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita al ente rector de salud Departamental, la cual estará conformada por seis (6) instituciones prestadoras de salud a saber: Hospital San Lorenzo de Arauquita, Hospital San Francisco de Fortul, Hospital San Antonio de Tame, Hospital San Ricardo Pampuri, Hospital San José de Cravo Norte y Hospital San Juan de Dios de Rondón.

➤ **Características de la Población en la Empresa**

El contexto social tiene en cuenta variables como el género, tipo de contrato, nacionalidad, estado civil, nivel de escolaridad y ubicación geográfica de acuerdo con la sede de trabajo.




➤ **Generalidades de las Condiciones de Salud**

La ESE MORENO Y CLAVIJO realiza exámenes médicos ocupacionales principalmente de ingreso, retiro, pos-incapacidad, periódicos y otros ocasionales para la identificación y seguimiento a las condiciones de salud de los trabajadores.

El seguimiento estandarizado de las condiciones de salud facilita la planificación de los sistemas de vigilancia epidemiológica y programas como el de readaptación laboral, así como de los procesos de calificación laboral y pérdida de capacidad laboral.

De acuerdo con los resultados de los exámenes médicos ocupacionales las recomendaciones más representativas son:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 123 de 365 |

| CONDICIONES DE SALUD | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osteomuscular | <ul style="list-style-type: none"> • Pausas activas • Manejo de cargas • Frecuencia con actividades repetitiva |
| visión | <ul style="list-style-type: none"> • Continuar corrección óptica • Control frecuente con EPP • Uso de lentes, principalmente ambientes abiertos |
| Auditivo | <ul style="list-style-type: none"> • Pautas de cuidado auditivo • Uso de elementos de protección • No exposición a ruido superiores a 75DB |
| Estado general de la salud | <ul style="list-style-type: none"> • Dieta baja en grasa y carbohidratos • Disminución del tabaquismo • Higiene postural medidas ergonómicas |
| Otros | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividades físicas en tiempo libre • Estilo de vida y hábitos alimenticios saludables • Control nutricional |

Datos de informes de exámenes médicos ocupacionales 2020, 2021, 2022 y 2023

Como resultado de este seguimiento, se emite recomendaciones a los trabajadores, los centros de investigación o sede con mayores recomendaciones de carácter osteomuscular, Visual, auditivo y cardiovascular.

El 95% de la población no presenta restricciones laborales específicas, el restante presenta recomendaciones laborales que se pueden observar en los informes médico ocupacionales. De acuerdo con estos resultados, los trabajadores son vinculados a los sistemas de vigilancia para monitoreo a su salud. Los cargos con mayor vinculación a dichos programas son: Auxiliares de Enfermería, Cajeros Facturador, Auxiliar de Mantenimiento y auxiliar de servicios generales.

DESARROLLO:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 124 de 365 |

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 realizó 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:

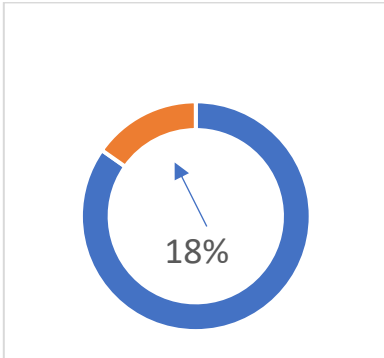
- Verificación del SGSST
- Recursos
- Mejoramiento
- Gestión de peligros y riesgos
- Gestión de plan estratégico de seguridad vial

En el año 2020 el mecanismo del sistema de evaluación externa que realizó la Administradora de riesgos laborales AXA Colpatria arrojó un grado de implementación del 18%, en el año 2021 el sistema de evaluación de la ARL POSITIVA da un cumplimiento del 60% y en el 2022 del 73% de cumplimiento con oportunidad de mejora se requiere implementar acciones, principalmente, sobre la categoría de gestión del riesgo asociado con la identificación y el diagnóstico de las tareas críticas, evaluación del desempeño con los mecanismos de rendición de cuentas y determinación de los responsables del sistema.

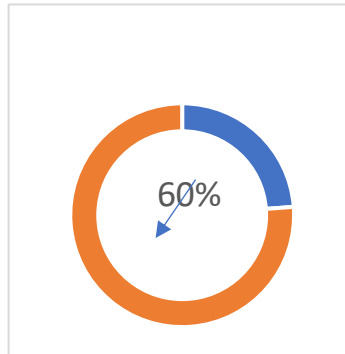
Cumplimiento de requisito mínimo

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 125 de 365 |

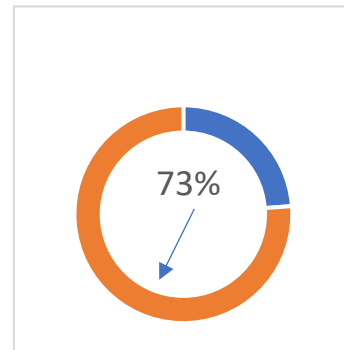
Año 2020



año 2021



año 2022




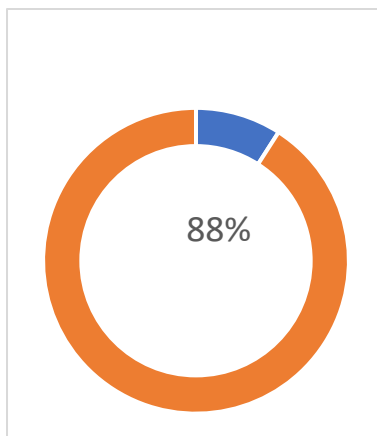
Grado de implementación del sistema de gestión a través de la evaluación de los estándares mínimos de calidad.

La medición del año 2023 tuvo un incremento del 12% frente a los resultados de la medición del año anterior, teniendo como resultado un nivel **SATISFACTORIO** en el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión. Los factores que fueron relevantes para este mejoramiento fue el liderazgo y organización realizando la revisión por la dirección del sistema y la definición de la metodología para la rendición de cuentas, la gestión estructural mediante la definición de las hojas de indicadores para control y seguimiento de la accidentalidad, gestión de riesgos mediante la actualización de la matrices y definición de control. En los aspectos por mejorar se tiene la evaluación del desempeño mediante el análisis de los indicadores definidos, la inclusión de la retroalimentación de los trabajadores en las diferentes revisiones del sistema, y el control en las evidencias del seguimiento a proveedores y contratistas durante la gestión del riesgo.

Cumplimiento requerido SG-SST

Año 2023

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 126 de 365 |



Los planes de trabajo son el mecanismo para la planificación de las actividades de seguimiento, implementación y monitoreo del sistema de gestión. A partir del año 2020 se realizó la medición del cumplimiento de los planes en los hospitales y el de sede central a través del indicador Cumplimiento. Dado lo anterior, se formalizó el Plan de Trabajo y de Fortalecimiento o cumpliendo los parámetros del decreto 1072 de 2015.

Los planes son construidos bajo cinco niveles de cumplimiento: liderazgo y organización, gestión estructural, gestión del riesgo, evaluación del desempeño e impacto de la siniestralidad. Cada nivel se construye a partir de las actividades propuestas por la ARL SURA en la evaluación que realiza al sistema de gestión en la ESE MORENO Y CLAVIJO, y aquellas adicionales que la empresa defina como oportunidades de mejora y aplicación de los lineamientos ya definidos.

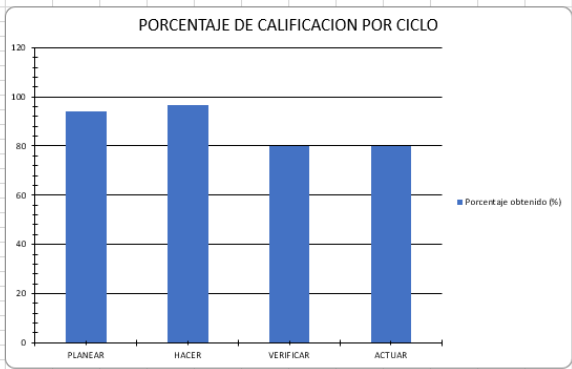
VERIFICACIÓN DEL SGSST:

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:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 127 de 365 |


| 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 |



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 |

Plan de capacitaciones

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 128 de 365 |

Anualmente se propone un plan de capacitación de seguridad y salud en el trabajo basado en la gestión de los riesgos y accidentalidad de la red hospitalaria y sede administrativa, el cual es concertado con la administradora de riesgos laborales. En el año 2020 teniendo en cuenta el riesgo de salud pública de COVID-19 se actualizó el plan de capacitación y socialización en seguridad y salud en el trabajo para el seguimiento de los eventos de formación, incluyéndolo en las capacitaciones de los sistemas de gestión que menciona el procedimiento de Aprendizaje y desarrollo.

Para el año 2023 la planificación de las actividades de seguridad y salud en el trabajo estén contempladas en el Plan de Formación a través de la detección de necesidades como parte de la integración de los sistemas de gestión.

La mayor cantidad de eventos de formación están relacionados con requisitos legales y con la gestión del riesgo que incluye procedimientos de trabajos seguros, manejo seguro de instrumentos y herramientas, prevención de riesgos y peligros, entre otros.

Durante el año 2020, teniendo en cuenta que la salud mental es un factor de riesgo relevante en el abordaje del COVID-19, se realiza con la administradora de riesgos laborales la evaluación del estado de la gestión psicosocial en la ESE MORENO Y CLAVIJO, identifica las necesidades puntuales para el manejo del peligro.

Seguimiento a proveedores y contratistas

El seguimiento a proveedores y contratistas en aspectos de seguridad y salud son definidos en la guía de requisitos de seguridad y salud en el trabajo para proveedores en el año 2020 el seguimiento a proveedores y contratistas tuvo un monitoreo específico debido al COVID-19, establecido éste en el plan de medidas de bioseguridad.

Las medidas adicionales son adoptadas para mitigar y controlar el contagio por Sars-Cov-19 y están dirigidas a todos los colaboradores, contratistas y visitantes de la ESE MOPRENO Y CLAVIJO durante el tiempo que el Gobierno Nacional determinara la disponibilidad para las consultas que requieran los organismos que realizan la vigilancia y control de la Empresa.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 129 de 365 |

MONITOREO DE LA ACCIDENTALIDAD LABORAL

El monitoreo de la accidentalidad se realiza mensualmente a través de los indicadores definidos para el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Se vinculan los datos de los trabajadores en misión, identificando el origen y causas más comunes de accidentalidad, las lesiones, los tipos de lesión, etc.

Tipo de lesión


La lesión principal de los trabajadores han sido golpe, esguinces, heridas y trauma superficial. Los miembros superiores son la parte del cuerpo más afectada en las lesiones, siguiendo con los miembros inferiores, Cada accidente se reporta y se investiga de acuerdo con el procedimiento definido. En él, se definen las acciones tendientes a prevenir, mitigar o evitar nuevamente la accidentalidad por la misma causa, y eliminar los factores de riesgo. Pueden aplicarse controles en el individuo, en el medio o en el ambiente.

Tipo de accidente

La principal causa de accidentalidad es la ejecución de su labor, es decir, que fue por ocasión y causa de las actividades laborales.

Cada accidente se reporta y se investiga de acuerdo con el procedimiento definido. En él, se definen las acciones tendientes a prevenir, mitigar o evitar nuevamente la accidentalidad por la misma causa, y eliminar los factores de riesgo. Pueden aplicarse controles en el individuo, en el medio o en el ambiente. Las actividades más comunes para ello es la capacitación y formación, verificación de elementos de protección, reentrenamiento del puesto de trabajo y ajuste de las actividades.

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


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 130 de 365 |



Gestión de Peligros y Riesgos

- realizar inducciones y capacitaciones del área de seguridad y salud en el trabajo, en cuanto a accidentes y enfermedades laborales y su prevención, afiliaciones, clases de riesgos y el protocolo de atención de los accidentes laborales, al personal que ingresa a laborar a la ese moreno y Clavijo.
- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles, para proteger la Seguridad y Salud de todos los trabajadores mediante la mejora continua del SG-SST. Cumpliendo la normativa nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.

El los informes de gestión del subproceso de la Seguridad y Salud en el Trabajo, permite conocer el índice de accidentalidad laboral ocurrido, Igualmente abarca el riesgo más relevante y el personal que más se accidenta en la Red Hospitalaria adscrita a la ESE Moreno y Clavijo, así como las actividades que se desarrollan con el fin de dar cumplimiento a la Implementación y Ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. se especifican los accidentes laborales ocurridos al personal asistencial y administrativo de la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo y la ejecución de las actividades del Plan de Trabajo anual del SG-SST.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 131 de 365 |

Socialización e informe de ejecución del plan de emergencias hospitalaria.






| M.C. MORENO & CLAVIJO | | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | GPL-FO-036 | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|--|
| CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL | | CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL | | | | Versión 01 | |
| PÁGINA 1 de 1 | | PÁGINA 1 de 1 | | | | PÁGINA 1 de 1 | |
| TEMA: | Plan Hospitalario de Emergencias | | | | | | |
| DIRIGIDO A: | Personal Hospital San Roque, Iquitos | | | | | | |
| FECHA: | 11/08/2023 | | | | | | |
| HORA: | 2:00 pm | | | | | | |
| ENTREGA DE MATERIAL: | EXPOSITOR: Nelson Arce Romero | | | | | | |
| Nº | Nombre Completo | Nº Identificación | Sede | Proceso/Subproceso | Firma | | |
| 1 | María Angélica Cruz | 26168518 | H.S.R.P | COORDINADOR | [Firma] | | |
| 2 | Dra. Angélica Santos | 116092125 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 3 | Marta Pineda Ortega | 116092125 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 4 | Abrahan Juan Ochoa Maza | 9144473 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 5 | Carolina Saenz Alvarez | 047974198 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 6 | Edilma Hualmes Arevalo | 22286319 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 7 | MARIBEL RIOS OSPINA | 116092125 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 8 | Diana Marcela Galviz | 116081326 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 9 | Yasmin Johanna Gomez | 116144462 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 10 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 11 | Marlene Quintana Guillena | 06296183 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 12 | Marlene Patricia Sanchez | 0338422 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 13 | MARY YOLLY PINOZA ROSA | 103851641 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 14 | Nidia PAPA ROSA RIOS | 103063273 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 15 | Roberto Yaguna Salazar Pérez | 03249763 | H.S.R.P | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| Nombre: | Nelson E. Arce Romero | | | | Firma: | Nelson Arce Romero | |

| M.C. MORENO & CLAVIJO | | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | GPL-FO-036 | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|---------------------|---------|--------------------|--|
| CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL | | CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL | | | | Versión 01 | |
| PÁGINA 1 de 1 | | PÁGINA 1 de 1 | | | | PÁGINA 1 de 1 | |
| TEMA: | Plan de Emergencias y Manejo de Extintores | | | | | | |
| DIRIGIDO A: | Personal Hospital San José de Cayo, Abate | | | | | | |
| FECHA: | 28/04/2023 | | | | | | |
| HORA: | 4:00 pm | | | | | | |
| ENTREGA DE MATERIAL: | EXPOSITOR: Nelson Arce Romero | | | | | | |
| Nº | Nombre Completo | Nº Identificación | Sede | Proceso/Subproceso | Firma | | |
| 1 | Abrahan Alejandro Castellanos Quintero | 301046292 | H.S.J.C.N | Odontología | [Firma] | | |
| 2 | Fabian Baucom Lopez | 100867777 | H.S.J.C.N | Tendón RX | [Firma] | | |
| 3 | Gerardo Rojas | 12360233 | H.S.J.C.N | Geriatría | [Firma] | | |
| 4 | Nancy Osorio Madrid | 114338296 | H.S.J.C.N | Higiene Oral | [Firma] | | |
| 5 | Richard Moran | 114338296 | H.S.J.C.N | Primeros Auxilios | [Firma] | | |
| 6 | Jose Alberto Melara Macha | 12360233 | H.S.J.C.N | P.A. | [Firma] | | |
| 7 | Nelson Arce Romero | 30020238 | H.S.J.C.N | P.A. | [Firma] | | |
| 8 | Yolanda Rodriguez | 114338296 | H.S.J.C.N | Salud Bucal | [Firma] | | |
| 9 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.C.N | Salud Bucal | [Firma] | | |
| 10 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.C.N | Salud Bucal | [Firma] | | |
| 11 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.C.N | Salud Bucal | [Firma] | | |
| 12 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.C.N | Salud Bucal | [Firma] | | |
| 13 | Ronald Orrego Pardo | 104246027 | H.S.J.C.N | Jefe de Emergencias | [Firma] | | |
| 14 | Nidia PAPA ROSA RIOS | 103063273 | H.S.J.C.N | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 15 | Roberto Yaguna Salazar Pérez | 03249763 | H.S.J.C.N | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| Nombre: | Nelson Arce Romero | | | | Firma: | Nelson Arce Romero | |

| M.C. MORENO & CLAVIJO | | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | GPL-FO-036 | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|--|
| CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL | | CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL | | | | Versión 01 | |
| PÁGINA 1 de 1 | | PÁGINA 1 de 1 | | | | PÁGINA 1 de 1 | |
| TEMA: | Plan de Emergencias y Manejo de Extintores | | | | | | |
| DIRIGIDO A: | Personal Hospital San Juan de Dios, Pucallpa | | | | | | |
| FECHA: | 26/04/2023 | | | | | | |
| HORA: | 3:00 pm | | | | | | |
| ENTREGA DE MATERIAL: | EXPOSITOR: Nelson Arce Romero | | | | | | |
| Nº | Nombre Completo | Nº Identificación | Sede | Proceso/Subproceso | Firma | | |
| 1 | Diana Carolina Martinez | 116101027 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 2 | Nancy Ochoa Cabello | 104181529 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 3 | Claudia Rocío Gil Huanca | 08241624 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 4 | Diana Carolina Martinez | 116101027 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 5 | Carolina Saenz Alvarez | 047974198 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 6 | Alexander Marin Perez | 100662829 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 7 | Carolina Saenz Alvarez | 047974198 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 8 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 9 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 10 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 11 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 12 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 13 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 14 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 15 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.J.D | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| Nombre: | Nelson Arce Romero | | | | Firma: | Nelson Arce Romero | |

| M.C. MORENO & CLAVIJO | | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | GPL-FO-036 | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|--|
| CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL | | CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL | | | | Versión 01 | |
| PÁGINA 1 de 1 | | PÁGINA 1 de 1 | | | | PÁGINA 1 de 1 | |
| TEMA: | Plan Hospitalario de Emergencias | | | | | | |
| DIRIGIDO A: | Personal Hospital San Lorenzo de Arequipa | | | | | | |
| FECHA: | 21/05/2023 | | | | | | |
| HORA: | 7:00 pm | | | | | | |
| ENTREGA DE MATERIAL: | EXPOSITOR: Nelson Arce Romero | | | | | | |
| Nº | Nombre Completo | Nº Identificación | Sede | Proceso/Subproceso | Firma | | |
| 1 | Eneida daniel padua | 101333025 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 2 | Milly BEGUE MORALES | 0402172 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 3 | Norma Isabel Jimenez Cano | 0907862 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 4 | Diana Carolina Martinez | 116101027 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 5 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 6 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 7 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 8 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 9 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 10 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 11 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 12 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 13 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 14 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| 15 | Yara del Carmen Lopez | 060246022 | H.S.I.A | ANEXA P.M | [Firma] | | |
| Nombre: | Nelson Arce Romero | | | | Firma: | Nelson Arce Romero | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 133 de 365 |

GESTIÓN DE 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 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 adecuando 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 INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 134 de 365 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------|
|  | 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 135 de 365 |

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

| Ítem | 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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 136 de 365 |




CAPACITACION PLAN DE MANTENIMIENTO Y LISTAS DE CHEQUEO



ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Se llevo a cabo la actualización en la afiliación de los trabajadores de la empresa aseguradora de riesgos laborales ARL.
- Se realiza el ingreso y retiro de afiliación del personal termino fijo y ops en la plataforma de ARL.
- Se realiza el ingreso y retiro de los funcionarios del servicio social obligatorio en la plataforma de la aseguradora de riesgos laborales.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 137 de 365 |

- 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.
- Se realiza inspección y acompañamiento a actividades de Asesoría realizadas por el proveedor de servicios adscrito a la ARL.
- Se elabora el Plan de Trabajo del Subproceso Seguridad y Salud en el Trabajo, correspondiente a la vigencia, siendo aprobado por Resolución de la gerencia de la **ESE MORENO Y CLAVIJO**.


RECOMENDACIONES

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

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

2.8 SUBPROCESO GESTION AMBIENTAL. 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


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 138 de 365 |

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 el cuatrienio se realizaron supervisiones a la empresa recolectora de los residuos hospitalarios contratada a través de contratos de prestación de servicios por un valor contractual de 50.000.000 de pesos por semestre.

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 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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 139 de 365 |

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 realizaron los respectivos acompañamientos en las visitas de habilitación e inspección vigilancia y control sanitario realizadas por parte de la unidad administrativa especial de salud de Arauca (UAESA) a las sedes hospitalarias según cronograma interno de la UAESA.

RESULTADOS

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

| HOSPITALES Y/O CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO | Residuos No Peligrosos | Residuos Peligrosos |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Hospital San Lorenzo de Arauquita | 14.691 | 11.957 |
| Hospital San Antonio de Tame | 14.812 | 10.319 |
| Hospital San Francisco de Fortul | 11.163 | 7.406 |
| Hospital San Ricardo Pampuri de La Esmeralda | 9.846 | 3.257 |
| Hospital San Juan De Dios de Puerto Rondón | 7.944 | 3.400 |

| | | |
|-------------------------------------|---------------|---------------|
| Hospital San José de Cravo Norte | 3.467 | 1.737 |
| Centro de Salud de Puerto Jordán | 8.341 | 3.858 |
| Centro de Salud de Panamá de Arauca | 2.597 | 1.895 |
| TOTAL RESIDUOS (Kg) | 93.861 | 51.829 |

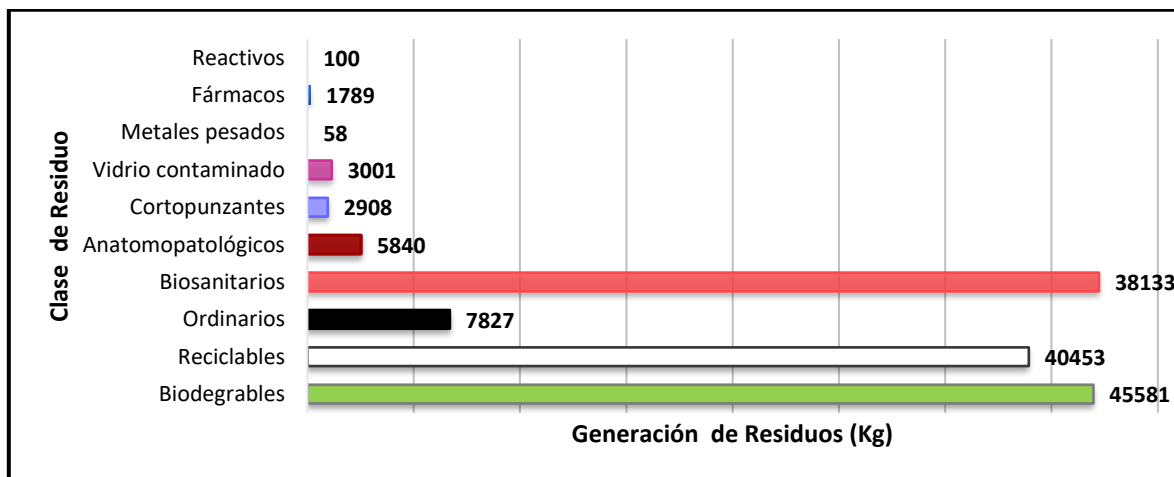


Gráfico 2. Cantidad residuos producidos en la red hospitalaria según su clase.

4.9.2. INDICADORES DE DESTINACIÓN.

4.9.2.1. 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.

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 141 de 365 |

$$ID_I = \left(\frac{51829 \text{ kg/Cuatrenio 2020 - 2023}}{145690 \text{ kg/Cuatrenio 2020 - 2023}} \right) \times 100$$

$$ID_I = 35.5 \%$$

Donde:

ID_I: Indicador de destinación para incineración.

R_I: Cantidad de residuos incinerados (Kg/ Cuatrienio 2020-2023)

R_T: Cantidad total de residuos producidos por la ESE Departamental Moreno y Clavijo (Kg/ Cuatrienio 2020-2023)

INDICADORES DE DESTINACIÓN PARA RELLENO SANITARIO.

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

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

$$ID_{RS} = \left(\frac{53408 \text{ kg/Cuatrenio 2020 - 2023}}{145690 \text{ kg/Cuatrenio 2020 - 2023}} \right) \times 100$$

$$ID_{RS} = 36.65 \%$$

Donde:

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

R_{RS}: Cantidad de residuos dispuestos en relleno sanitario (Kg/ Cuatrienio 2020-2023)

R_T: Cantidad total de residuos producidos por la ESE Departamental Moreno y Clavijo (Kg/ Cuatrienio 2020-2023).

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 142 de 365 |

4.9.3. INDICADORES ESTADÍSTICOS DE ACCIDENTALIDAD.

4.9.3.1. 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:

$$II = \left(\frac{\# \text{ de Accidentes por riesgo biológico reportados en el Cuatrienio 2020 – 2023}}{\# \text{ de personas contratadas en la red hospitalaria en el Cuatrienio 2020 – 2023}} \right) \times 100$$

$$II = \left(\frac{18 \text{ accidentes por riesgo biológico}}{700 \text{ personas contratadas en promedio en el Cuatrienio 2020 – 2023}} \right) \times 100$$

$$II = 2.57 \%$$


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.

2.9 SUBPROCESO GESTIÓN SISTEMAS Y COMUNICACIONES. DESARROLLO.

Este documento resume la gestión realizada por la oficina de sistema y tecnologías en pro de garantizar la continuidad del servicio misional y administrativo de la ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo durante el último cuatrienio comprendido desde el año 2020 al año 2023.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 143 de 365 |

Al iniciar el año 2020 se encontraba totalmente desactualizada en cuanto a infraestructura tecnológica informática, lo que exponía a un alto riesgo de fallas en la prestación de nuestro servicio, entendiéndose que los sistemas informáticos son la base tecnológica de hardware y software sobre los que están soportados la mayoría de las actividades misionales y/o administrativas de la E.S.E. Moreno y Clavijo; es así que bajo las directrices y liderazgo de la alta gerencia se inició con la actualización del componente de hardware en las nueve sedes de la entidad (Hospital San Antonio de Tame, Hospital San Lorenzo de Arauquita, Hospital San Francisco de Fortul, Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón, Hospital San José de Cravo Norte, Hospital San Ricardo Pampuri, Centro de Salud Panamá de Arauca, Centro de Salud Juan de Jesús Coronel de Puerto Jordán y la Sede Administrativa), dándole prioridad a las sedes asistenciales, ya que allí se prestan nuestros servicios misionales.

A continuación, se describe las actualizaciones realizadas:


CONNECTIVIDAD

Servicio en el cual se soporta como medio de transporte para el intercambio de información entre la ESE Moreno y Clavijo a nivel interno entre las diferentes sedes que conforman nuestra red de servicios, y externa con otras entidades.

Característica Técnica: Canal dedicado, fibra óptica última milla.

| Sede | Año 2020 | Año 2023 |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Sede Administrativa | 10 Mbps | 100 Mbps |
| Sede Hospital San Antonio de Tame | 10 Mbps | 200 Mbps |
| Sede Hospital San Lorenzo de Arauquita | 10 Mbps | 200 Mbps |
| Sede Hospital San Francisco de Fortul | 10 Mbps | 200 Mbps |
| Sede Hospital San Juan de Dios Pto Rondón | 4 Mbps | 40 Mbps |
| Sede Hospital San José de Cravo Norte | 2 Mbps | 40 Mbps |
| Sede Hospital San Ricardo Pampuri | 2 Mbps | 40 Mbps |
| Centro de Salud Panamá de Arauca | 2 Mbps | 40 Mbps |
| Centro de Salud Juan de Jesús Coronel de Pto Jordán | 2 Mbps | 40 Mbps |

HARDWARE

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 144 de 365 |

Al iniciar el cuatrienio la ESE Moreno y Clavijo contaba con un inventario de computadores muy obsoletos; ante tal hecho se inició con la renovación de equipos nuevos y/o actualización de componentes en algunos casos, dando prioridad a las sedes asistenciales.

Ante la llegada de la pandemia, hecho que exigió fortalecer aún más el componente tecnológico con el fin de dar respuesta en los tiempos estipulados, la entidad reforzó aún más el componente tecnológico informático a través de la adquisición de impresoras láser de trabajo pesado con el fin de suplir la necesidad de generar la información de manera eficiente.

En el año 2022 bajo el liderazgo de la alta gerencia se realizó la gestión y se logró actualizar aún más el inventario tecnológico informático a través de recursos de fondo paz.


| SEDE | COMPUTADOR | IMPRESORA LASER DE TRABAJO PRESADO | ESCANER |
|-----------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|----------------|
| Hospital San Antonio de Tame | 43 | 2 | 3 |
| Sede Hospital San Lorenzo de Arauquita | 58 | 4 | 2 |
| Sede Hospital San Francisco de Fortul | 43 | 3 | 2 |
| Sede Hospital San Ricardo Pampuri | 17 | 4 | 2 |
| Centro de Salud Panamá de Arauca | 14 | 3 | 3 |
| Centro de Salud Juan de Jesús Coronel de Pto Jordán | 11 | 2 | 2 |

Las sedes Hospital San Juan de Dios de puerto Rondón y Hospital San José de Cravo Norte al no estar categorizadas como municipios PEDET no fueron beneficiados, por lo que se suplió la necesidad con recursos propios.

SOFTWARE

- Sistema de Información:


La ESE Moreno y Clavijo contaba al iniciar el año 2020 con tres (3) sistemas de información actuando de manera paralela y una herramienta de desarrollo propio que hacía puente de una fracción de información entre el sistema de información asistencial y el sistema de información administrativo y financiero.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 145 de 365 |

- a. Sistema de Información Asistencial: Sócrates 2.0, es un sistema que actúa sobre una LAN (red local), para la fecha de inicio del cuatrienio presenta un alto grado de desactualización lo que acrecentaba el factor generador de glosas, ya que los formatos de historias clínicas no cuentan con las variables técnicas normativas; además estaba soportado sobre el motor de base de datos Internase 6.0 en su versión Free, lo que hacía inestable el soporte de datos tendiente a la pérdida de información.
- b. Sistema de Información Financiero y/o Administrativo: Dinámica Gerencial 3.5, es un sistema basado en la tecnología .Net de Microsoft soportado en el motor de bases de datos SQL Server 2008, funcionalidad en los módulos de presupuesto, contabilidad, Pagos y Tesorería; actualmente este sistema sigue en uso en la sede administrativa soportado en una red LAN (red local).
- c. JVAS: Es una herramienta de desarrollo propio de la ESE Moreno y Clavijo, la cual permite importar la información de las facturas generadas en el S.I. Sócrates 2.0 y migrarlas a una base de datos de Access con el fin de realizar la radicación de cuentas ante las diversas EPS y desde allí hacer una Interfaz contable que alimenta el módulo de contabilidad del S.I. Dinámica Gerencial 3.5.

En el año 2022 la ESE Moreno y Clavijo migra la atención de sus servicios asistenciales a Salud360, el cual es un sistema de información web integrando de esta manera la atención en salud, ya que es posible acceder a las diferentes atenciones de nuestros usuarios desde cualquier sitio y dispositivo con un acceso a internet, permitiendo obtener información en tiempo real que le permita la toma de decisiones a la alta gerencia.


- Sistema Operativo: la mayoría de los computadores tenían instalado versiones preinstaladas de fábrica del S.O. Windows, por lo que se hizo necesario la adquisición de 300 licencias vitalicias de Windows 10 Professional.
- Paquete de Ofimática: Se adquirieron 300 licencias vitalicias de MS Office 2021.
- Call Center: Se implementó en el año 2022 el servicio de Call Center bajo la tecnología de VoIP con 5 troncales SIP para cada una de las sedes de la ESE Moreno y Clavijo.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 146 de 365 |

- **Digiturno:** Se implementó un sistema de Digiturno en cada una de las sedes asistenciales de la ESE Moreno y Clavijo.
- **Software de protección:** Ante la extrema necesidad de cuidar la información digital producida en la entidad, siempre se ha contado con licencia de antivirus y antimalware. Actualmente está operativo al Antivirus kaspersky en su versión EndPoint Security Cloud con una vigencia de 2 años que finaliza el 21 de febrero de 2025.
- **Sistema de mesa de ayuda:** SITEC es un desarrollo web realizado en la entidad, el cual se está implementando y su objetivo es dar la funcionalidad de soporte entre los usuarios internos (funcionarios y/o contratistas) y la oficina de sistema y tecnología. Este sistema permite crear requerimientos, registrar el inventario tecnológico informativo, programación de mantenimientos preventivos y soporte de mantenimiento de segundo nivel.
- **Correo institucional:** En el año 2021 Google anuncia el fin de las cuentas corporativas gratuitas, por lo que se da la necesidad de adquirir 100 licencias de correo corporativo Business Starter y se pasó de 15Gb a 30Gb de almacenamiento.
- **Página Web Institucional:** Se actualizó la página web institucional con el uso de tecnologías actualizadas, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad de accesibilidad y transparencia de la información. Sobre esta página se implementó un sistema de PQRSD. Link: <https://esemorenoyclavijo.gov.co/>

PROCESO RECURSOS FISICOS. DESARROLLO.


El área de recursos físicos dentro del desarrollo de sus actividades en el periodo comprendido año 2020 a 2023 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, odontología, laboratorio, licencias software, equipos de cómputo, medicamentos, medico quirúrgicos, pgihrs, ferretería, ropa hospitalaria, material de archivo, papelería pre impresa, placas para los inventarios, insumos de imágenes diagnósticas, y equipos muebles y enseres, entre otros; además se

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 365 |

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 Morycla y a finales del año 2022 se inicia con el software 360 en el cual se deja plasmado un inventario inicial y luego proceder a realizar entradas y salidas de insumos de consumo, al momento del ingreso a la entidad como en las entregas a cada una de las sedes; en este periodo todos los 20 a 25 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. 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 entre otros. 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.

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, además se confronta con lo relacionado en la factura o acta de remisión 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 frio y llegan a la institución por debajo de la temperatura mínima requerida para mantener el insumo en perfectas condiciones.

Para finales de la vigencia 2020 se realiza actualización de inventarios de todas las sedes y esta misma actividad vuelve hacer realizada a inicios del último año del final del cuatrienio, planteado mediante cronograma para ejecutar en cada una de las sedes adscritas a la ESE departamental Moreno y Clavijo. En la ejecución del cronograma del año 2023 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 lideres 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.


| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 148 de 365 |

Se realizó inventario en el hospital san Antonio de Tame, (1513) de equipos plaqueteados, hospital San José de Cravo Norte (583) activos en los servicios. Hospital san Lorenzo de Arauquita (800) equipos plaqueteados, 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 plaqueteados, 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 plaqueteados, 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:

- 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

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 149 de 365 |

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.

Durante el cuatrienio de la vigencia 2020 - 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.

Durante el cuatrienio en promedio se han ejecutado 10 contratos hasta la fecha para el mantenimiento de equipos industriales, y en este último su ejecución 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 150 de 365 |

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

CONTRATOS EJECUTADOS.

Contrato de obra 007-0001 de 2021. AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL MEJORAMIENTO Y ADECUACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL HOSPITAL ANTIGUO SAN ANTONIO, ADSCRITO A LA E.S.E. MORENO Y CLAVIJO EN EL MUNICIPIO DE TAME, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

CONTRATO DE OBRA 56-760-03-2022. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA MEJORAR LA PRESTACIONE DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD DEL CENTRO POBLADO RURAL DE PUERTO JORDAN, EN EL CORREGIMIENTO DE PUERTO JORDAN DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, ARAUCA.


CONTRATO DE OBRA N° 007-0001 DE 2022. ADECUACION EN EL CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN PARA EL FORTALECIMIENTO A LA IMPLEMENTACION DE ATENCION DE PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD EN PROCESOS DE REINCORPORACION PARA LA ADECUACION DEL SERVICIO DE REHABILITACION EN BAJA COMPOLEJIDAD EN LA ESE MORENO Y CLAVIJO.

CONTRATO DE OBRA N° 007-0001 DE 2023. MEJORAMIENTO Y ADECUACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LAS BODEGAS DE LA SEDE ADMINISTRATIVA DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO EN EL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

PROYECTOS EN FORMULACION

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

La necesidad de este proyecto, parte cuando la entidad realiza el análisis del estado de la infraestructura del Hospital San Francisco de Fortul, donde se evidencia gran deterioro en

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 151 de 365 |

la cubierta y por ende humedades en las áreas internas. Lo anterior debido al cumplido la vida útil de varios elementos que constituyen la infraestructura.

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

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

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.

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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 152 de 365 |

- **CONSTRUCCION Y TERMINACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA**

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 realizaran actividades referentes al suministro, dotación y equipamiento industrial, tales como aires acondicionados, demarcaciones y señalizaciones, red contra incendios, red de gases medicinales, red de vos 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.

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

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 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 153 de 365 |


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.

2.10 SUBPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL.

INFORME DE EJECUCIÓN DEL PINAR:

Durante las vigencias 2020 – 2023, dándole cumplimiento a nuestra política de gestión documental, el PINAR, el Programa de Gestión Documental, TRD y cuadro de clasificación documental, se elaboraron, se aprobaron e implementaron los siguientes instrumentos archivísticos, instructivos, guías y formatos:

- Actualización del PINAR
- Esquema de publicación de la información
- Índice de información clasificada y reservada
- Registro de activos de la información
- Programa de prevención de emergencias y atención de desastres
- Procedimiento de producción Documental
- Guía para la organización de archivos
- Guía modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos SGDEA
- Instructivo unidades de conservación
- Actualización manual manejo de la historia clínica
- Manual de archivo y correspondencia
- Instructivo para la organización documental de las historias laborales
- Instructivo para radicación, distribución y envío de las comunicaciones oficiales.
- Radicación, distribución y envío de las comunicaciones
- Sistema integrado de Conservación – SIC
- Protocolo par embalaje y traslado de archivos
- Elaboración normograma
- Formato control de préstamos
- Formato referencia cruzada
- Formato capacitación y sensibilización
- Formato de limpieza y desinfección de áreas de archivos
- Formato saneamiento ambiental
- Formato almacenamiento realmacenamiento
- Formato lista de verificación de aspectos de prevención y atención de desastres

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 154 de 365 |

- Formato prevención de emergencias y atención de desastres
- Formato registro incidentes y accidentes documentales
- Formato solicitud copia historia clínica
- Formato préstamo historia clínica
- Formato hoja de control
- Formato lista de chequeo
- Formato rotulo cajas y carpetas
- Formato inventario para historias laborales
- Actualización hoja de control para la oficina de Talento Humano

- Tablas de control de acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos de restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos – aun en elaboración está dentro del PINAR para la presente vigencia.

- Bancos terminológicos de tipos series y sub-series documentales. aun en elaboración está dentro del PINAR para la presente vigencia.

Se emitieron comunicaciones oficiales tendientes al mejoramiento continuo en cuanto a la gestión documental, así como indicaciones en tiempo de pandemia por el COVID-19 para salvaguardar la información.

Se elaboraron inventarios documentales hasta en un 75%.

Se realizaron acompañamientos a fin de mejorar los procesos que se adelantar en cuanto a Gestión Documental.

Se realizaron actividades de almacenamiento y realmacenamiento a fin de garantizar y proteger la documentación.

Se realizaron actividades de preservación documental, evitando así de esta manera proteger la documentación de inundaciones, goteras entre otros.

Se realizaron actividades de fumigación.

Para la vigencia 2021, la ESE Moreno y Clavijo, realizó cambio de sede, haciéndose necesario el traslado de los archivos al Municipio de Tame, donde se puso en acción el protocolo para embalaje traslado de archivos y posteriormente la organización, acomodación y actualización de los inventarios y ubicación topográfica.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 155 de 365 |

Durante cada vigencia, se realizaron por lo menos dos compras al año de materiales para archivo- unidades conservación.


En conjunto con la oficina de correspondencia durante el cuatrienio se realizaron las actividades:

-Cumplimiento de la eficiencia del Procedimiento:

-Generación, radicación y distribución de las comunicaciones internas y externas.

-Gestión y trámite de los documentos: se le dio cumplimiento a la gestión y trámite por parte de la oficina de Correspondencia, donde toda comunicación que entra se le hace el respectivo seguimiento de respuesta, registrando datos importantes en documento Excel, así mismo los correos electrónicos de la oficina de correspondencia y gerencia, generaron el proceso buenas prácticas en cuanto actualización y digitalización de documentos.

- 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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 156 de 365 |

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.

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 cuatrienio de la vigencia 2020 a la 2023, en el cual se observa desarrollo de sus Gestión misionales, Procesos de apoyo y Procesos estratégicos.


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

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

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

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.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 157 de 365 |


OBJETIVOS ESPECIFICOS:

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

3.1 SUBPROCESO SIAU

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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 158 de 365 |

- 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.

1.1 ATENCION Y ORIENTACION AL USUARIO:


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

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

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


| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 159 de 365 |

| CANAL | MODO DE CONTACTO |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Telefónico | 8887049 ext. 136 (Tame), 8897224(Rondón), celular 3134733618(panamá),3142351082(Fortul), 3131720956(Pampuri), 3134742887(Araucita), 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 centrosaludpuertojordan@esemorenoyclavijo.gov.co www.esemorenoyclavijo.gov.co |
| Presencial | Proceso personalizado en las oficinas de SIAU de cada unidad de salud. |
| Buzón de Sugerencia | En cada servicio de los hospitales o centro de salud se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede consignar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias o felicitaciones. Se hace la apertura de dichos buzones semanalmente en presencia de un miembro del comité de ética, un representante de los usuarios y un usuario como tal y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos establecidos por ley. |

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

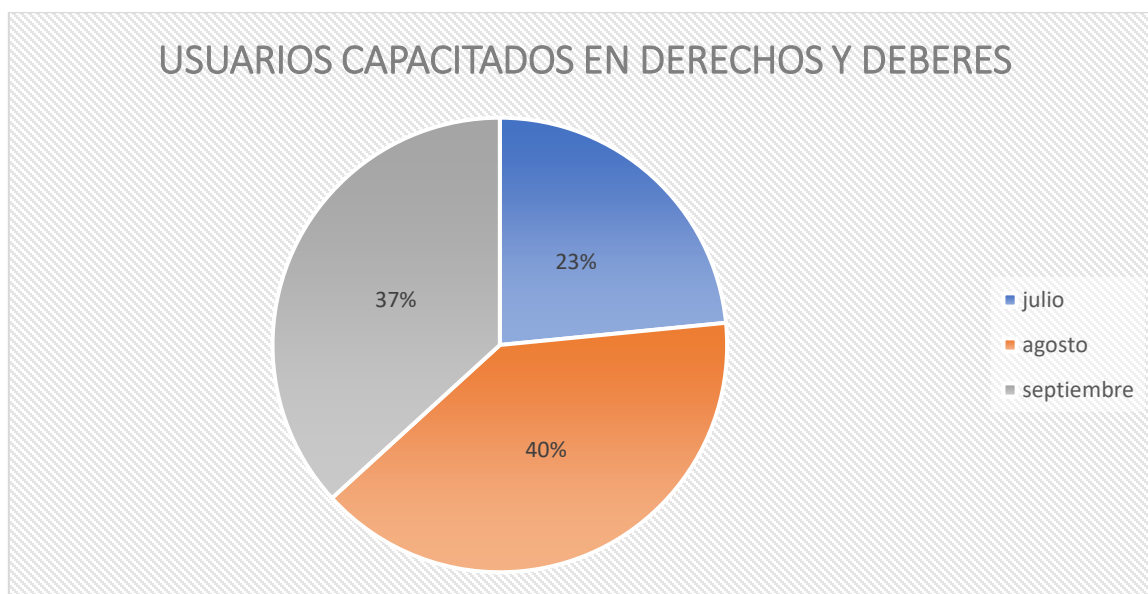
A continuación, se relaciona la cantidad de usuarios capacitados en el tema Derechos y Deberes:

| | | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (Julio) | TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (Agosto) | TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (Septiembre) | TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 160 de 365 |

| | | | |
|-----|------|------|------|
| 869 | 1475 | 1363 | 3707 |
|-----|------|------|------|

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.

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 161 de 365 |

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, envió 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 | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | TOTAL, PQRSDf (TERCER TRIMESTRE 2023) | PROPORCIÓN |
|----------------------------|-------|--------|------------|---------------------------------------|------------|
| PETICIONES | 2 | 0 | 3 | 5 | 5% |
| QUEJAS | 26 | 21 | 13 | 60 | 62% |
| RECLAMOS | 1 | 0 | 0 | 1 | 1% |
| SUGERENCIAS | 4 | 5 | 1 | 10 | 11% |
| DENUNCIAS | 0 | 0 | 1 | 1 | 1% |
| FELICITACIONES | 6 | 8 | 5 | 19 | 20% |

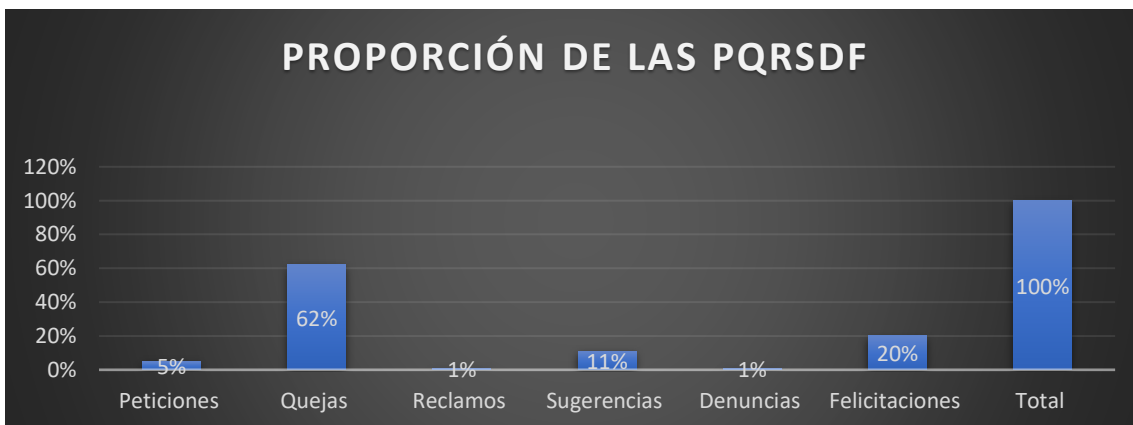
| | | | | | |
|-------|----|----|----|----|------|
| TOTAL | 39 | 34 | 23 | 96 | 100% |
|-------|----|----|----|----|------|

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.

Conforme se evidencia durante el tercer trimestre del 2023, la Oficina de Atención al Usuario a través de los buzones de sugerencias y otros medios recibió un total de 96 PQRSDF o

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 163 de 365 |

manifestaciones por parte de los usuarios, de las cuales, el 62% pertenece a Quejas, el 20% pertenece a las felicitaciones, el 11% son sugerencias, el 5% concierne a Peticiones, 1% a Peticiones y el 1% a denuncias. 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 julio de 2023.


CANTIDAD DE PQRSDF RECIBIDAS EN EL TERCER TRIMESTRE 2023 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 | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | TOTAL, PQRSDF RECIBIDAS EN EL TRIMESTRE |
|------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------------------------------------|
| HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL | 1 | 1 | 0 | 2 |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN | 4 | 2 | 2 | 8 |
| HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA | 8 | 9 | 3 | 20 |
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME | 24 | 22 | 12 | 58 |
| HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO-NORTE | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN | 2 | 4 | 0 | 6 |
| CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA | 0 | 0 | 2 | 2 |
| TOTAL | 39 | 38 | 19 | 96 |
| TOTAL, PQRSDF RECIBIDAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE 2023 | 96 | | | |

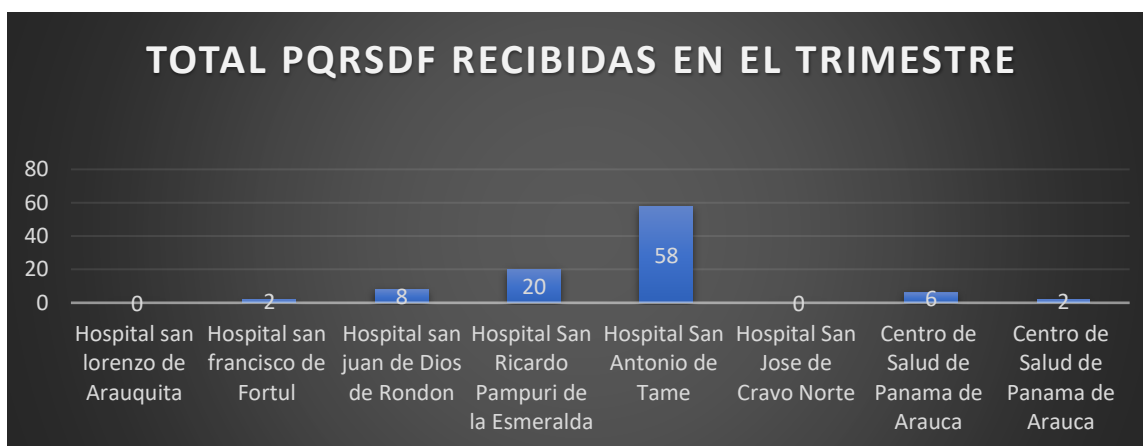
Según su naturaleza:

| SEDE | P | Q | R | S | D | F | TOTAL |
|--------------------|---|----|---|---|---|---|-------|
| ARAUQUITA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FORTUL | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| RONDÓN | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 5 | 8 |
| ESMERALDA(PAMPURI) | 0 | 12 | 0 | 5 | 0 | 3 | 20 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 164 de 365 |

| | | | | | | | |
|-------------|---|----|---|---|---|---|----|
| TAME | 2 | 40 | 1 | 5 | 1 | 9 | 58 |
| CRAVO-NORTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PTO JORDAN | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| PANAMA | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |

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.

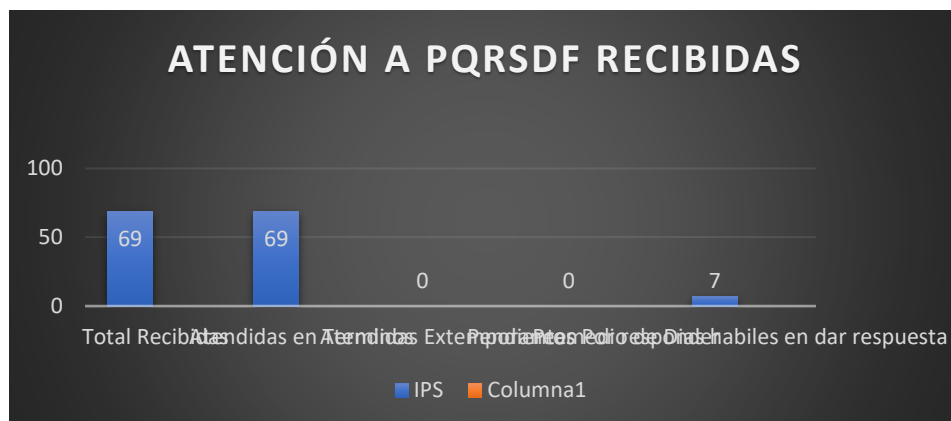
ATENCIÓN A PQRSDF RECIBIDAS:

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 | 69 | 69 | 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 165 de 365 |



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 96 PQRSDF recibidas en cada IPS durante el (3) trimestre del 2023 objeto de análisis, las 96 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 TERCER 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 166 de 365 |

indicadores que evidencian el grado de percepción de sus usuarios. El primero es la percepción del usuario frente a la atención y el trato que recibe del personal administrativo y asistencial y el segundo es la percepción del usuario frente a la oportuna prestación de servicios y en general de las instalaciones en la que se prestan los servicios.

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

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


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

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

NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS POR CADA IPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2023.

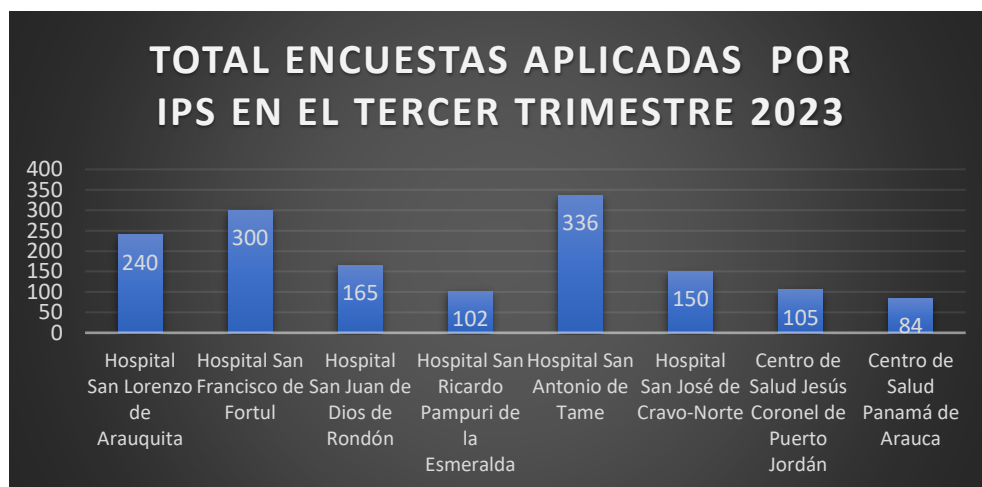
En cada IPS se realizaron un número determinado de encuesta de satisfacción, tal como se relaciona en la siguiente tabla, este número de encuestas a su vez fueron distribuidas en cada uno de los servicios que se presta.

| HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD | TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (Tercer trimestre 2023) |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 167 de 365 |

| | |
|----------------------------------------------------------|--------------|
| H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 240 |
| H. SAN FRANCISCO DE FORTUL | 300 |
| 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 2023) | 1.482 |

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

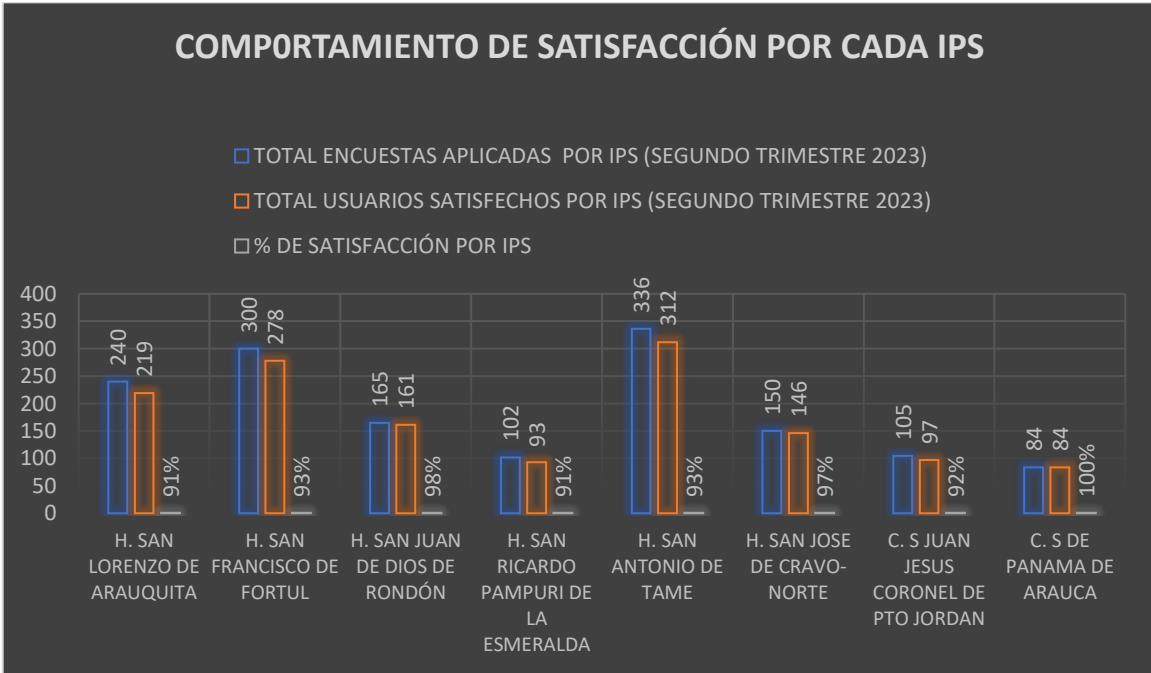
Durante el (3) trimestre del 2023 se aplicaron en total de 1.482 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 240 en el Hospital San Lorenzo de Arauquita, 300 en el Hospital San Francisco de Fortul, 165 en el Hospital San Juan de Dios de Rondón, 102 en el Hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, 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 (Segundo trimestre 2023) | TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS POR IPS (Tercer trimestre 2023) | % DE SATISFACCIÓN POR IPS |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|
|------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|


| | | | |
|----------------------------------------|--------------|--------------|------------|
| H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 240 | 219 | 91% |
| H. SAN FRANCISCO DE FORTUL | 300 | 278 | 93% |
| H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN | 165 | 161 | 98% |
| H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA | 102 | 93 | 91% |
| H. SAN ANTONIO DE TAME | 336 | 312 | 93% |
| H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE | 150 | 146 | 97% |
| C. S JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN | 105 | 97 | 92% |
| C. S DE PANAMA DE ARAUCA | 84 | 84 | 100% |
| TOTAL | 1.482 | 1.390 | 94% |

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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 169 de 365 |


PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL TERCER TRIMESTRE 2022:

| TIEMPO (Segundo trimestre 2023) | 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 | 1.482 | 1.397 | 1.412 | 1.387 | 94% |

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 170 de 365 |

En la tabla y gráfica anterior observamos que durante el (3) trimestre del año 2023, se aplicaron un total de 1.482 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.397 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 1.412 a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS? para un total de 2.809 que respondieron a las dos preguntas, y los usuarios satisfechos son 1.387 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 2023.
- 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.

2. CONCLUSIONES

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

En el informe proyectado se describió y se relacionó los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por las coordinadoras SIAU en el (3) 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 3.707 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.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 171 de 365 |

Igualmente se pudo establecer que durante el trimestre analizado la Oficina de Atención al Usuario recibió un total de 96 PQRSDF o manifestaciones por parte de los usuarios a los prestadores de servicio.

Durante el (3) trimestre del año 2023 en toda la red hospitalaria se aplicaron un total de 1.482 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.397 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 1.412 usuarios contestaron buena a esta misma pregunta; para un total de 1.387 usuarios satisfecho, equivalente a un 94% de satisfacción.

Los resultados obtenidos muestran que durante el (3) 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”.

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

PROMOCION Y MANTENIMIENTO ACTIVIDADES VIGENCIA 2020 al 2023

Dar cumplimiento a las metas pactadas según acuerdo de voluntades durante la vigencia actual con las Empresas Responsables del Aseguramiento, evitando glosas y descuentos para la entidad, posicionando la ESE como referente regional en salud.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 172 de 365 |


ESPECIFICOS

- Posicionar la ESE como referente regional en Salud.
- Realizar demanda inducida efectiva en la población urbana, rural y rural dispersa para dar cumplimiento a las metas pactadas con las ERA.
- Brindar servicios de salud con calidad y oportunidad a la población beneficiada, asegurando la integralidad en la prestación de los mismos.
- Evaluar la adherencia a la normatividad vigente a través del muestreo mensual de las auditorias de historias clínicas según parámetros establecidos por la resolución 3280 de 2018.
- Verificar y analizar el cumplimiento de los indicadores establecidos para la vigencia.

4. DESARROLLO DEL INFORME

ESTADO ACTUAL DE CONTRATOS CON LAS EPS EN PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD: Desde la vigencia 2020 se han desarrollado contratos cápita y evento con las EAPB que operan en el departamento de Arauca a saber: (El color verde significa que durante esa vigencia existía contratos con la entidad).

| No. | EPS | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----|-------------------|------|------------------|------|------|
| 1 | NUEVA EPS | | | | |
| 2 | COMPARTA | | HASTA JULIO | | |
| 3 | COOSALUD | | | | |
| 4 | SANITAS | | INICIA EN AGOSTO | | |
| 5 | FOSCAL | | | | |
| 6 | EJERCITO NACIONAL | | | | |
| 7 | POLICIA NACIONAL | | | | |
| 8 | CAPRESOCA | | | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 173 de 365 |

Durante el cuatrienio se tiene con nueva EPS contratos cápita en los 5 municipios donde opera la red hospitalaria de la ESE y contratos evento de la población que pertenece al régimen contributivo en los municipios de Fortul, Cravo Norte y Puerto Rondón; a partir del 01 de octubre de la vigencia 2023 se firma un contrato cápita contributivo con la población de Fortul, Cravo Norte y Puerto Rondón.

Los contratos de Comparta fueron establecidos en los 5 municipios donde opera la ESE y los contratos fueron capitados con algunos servicios ofertados por evento, esta EPS estuvo vigente en la red hasta el 31 de julio de 2021.


Con la EPS Coosalud se cuenta con contrato cápita y evento en los municipios de Arauquita y Tame.

Sanitas ingreso al proceso de contratación desde el 01 de agosto de 2023 con contratos cápita y evento a la población subsidiada y contributiva, en los 5 municipios donde opera la ESE.

Foscal presenta contratación por cápita en los municipios de Cravo Norte y Puerto Rondón, los demás municipios se prestan los servicios a través de la modalidad Evento.

Ejército Nacional y Policía Nacional han tenido contratación vigente a través de contratos evento, donde este régimen especial autoriza a través de volantes la prestación de los servicios de salud a sus afiliados.

Capresoca había tenido contratación durante el cuatrienio a través de contratos evento en los 5 municipios donde opera la ESE, durante la vigencia 2023 no se llevó a cabo ningún proceso contractual, atendiendo a dicha población solo los servicios de urgencias vitales.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 174 de 365 |


POBLACION OBJETO A SER ATENDIDA POR CONTRATOS CAPITA Y EVENTO: La población objeto a ser atendida es toda la población relacionada en las bases de datos de la LMA establecida los 5 primeros días de cada mes, la cual es enviada por las EPS y la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca UAESA. Así mismo se puede evidenciar la población actual y activa dentro de cada uno del software que manejan las EPS tanto del régimen subsidiado, contributivo y régimen especial, este último bajo autorizaciones emitidas directamente por cada uno de los regímenes especiales. Para la vigencia 2023, tenemos contratada la siguiente población en los cinco municipios donde opera nuestra red, a los cuales se les debe garantizar la prestación de los servicios de salud de manera integral en cada uno de los cursos de vida, llevando a cabo la gestión del riesgo individual y en caso de presentar algún tipo de alteración se debe realizar la activación de la ruta, para que la 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 | 2898 | 4431 | 3280 | 11480 | 30.073 |
| SANITAS CONTRIBUTIVO | 454 | 223 | 219 | 287 | 966 | 2.149 |
| COOSALUD SUBSIDIADO | 3023 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3,023 |
| COOSALUD CONTRIBUTIVO | 215 | 0 | 0 | 0 | 0 | 215 |
| FOSCAL | 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 ESTABLECIDAS PARA LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 175 de 365 |


El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de salud declaro pandemia por el brote de COVID 19, recomendó que los países debían adoptar medidas extraordinarias para prevenir la propagación del Virus, por lo que El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, por medio de la cual declara la emergencia sanitaria por causa del COVID 19 y se adoptan medidas, en su artículo 6. Insta a las instituciones públicas y privadas y a la sociedad misma para que coadyuven en la implementación de las medidas para la prevención vital y minimización del riesgo.

La E.S.E Moreno y Clavijo, al igual que todas las entidades prestadoras del servicio de salud, se vio en la necesidad de incrementar las medidas de bioseguridad a todos y a cada uno de sus colaboradores con el objetivo de mitigar el riesgo de contagio e imprevistos para la seguridad y la salud de los trabajadores, así como también la de sus usuarios; por ende se incrementando los gastos por parte de la entidad en la ejecución de la prestación del servicio de salud.

La E.S.E Moreno y Clavijo, aumentó el personal con miras de dar cumplimiento a los lineamientos dados por el Ministerio de Salud Y Protección Social para la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID- 19, y así reducir la mortalidad y la incidencia de casos graves y disminuir el contagio de dicho virus, así como implementar acciones en los programas de PyM, a través del Plan Integral del Cuidado Primario por medio de tele orientación y Teleconsulta.

A partir de la vigencia 2020 se da inicio a la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud establecidas en la resolución 3280 de 2018, la entidad realiza cambios muy significativos para dar la complementariedad de las rutas como son:


- ✚ La contratación con las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología.
- ✚ Con la contratación de estos especialistas se logró dar una atención integral por rutas a cada uno de los usuarios, llevando a cabo la gestión del riesgo individual según el caso.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 176 de 365 |

- ✚ Uno de los objetivos como entidad, fue posicionarnos en el departamento como número 1 con los procedimientos de pomey en la red hospitalaria, logrando llevar este servicio a los municipios de Tame, Fortul y Arauquita, donde se ha logrado tener una gran satisfacción por parte de la comunidad, ya que no debían trasladarse a ningún otro municipio para recibir este servicio que complementa la Ruta de Salud Sexual y Reproductiva cuando la mujer tiene una pariedad satisfecha.
- ✚ Así mismo a partir de la vigencia 2022 se dio inicio con los procedimientos de vasectomías en el municipio de Tame, llevando a cabo una jornada quirúrgica de manera mensual.
- ✚ El cumplimiento de metas establecido por vigencia ha sido muy satisfactorio, teniendo en cuenta los siguientes resultados:

| CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE PYM ANUALES POR EPS | | | | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| No. | EPS | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| 1 | COMPARTA | 74% | 69% | | |
| 2 | NUEVA EPS | 69.5% | 80.2% | 87.6% | 96% |
| 3 | COOSALUD | 84% | 93.5% | 95.2% | 86.4% |
| 4 | SANITAS | | 62% | 64.6% | 76% |
| 5 | FOSCAL | 79% | 83.5% | 93.5% | 86.7% |
| 6 | EJERCITO NACIONAL | POR EVENTO ATENCIONES REALIZADAS SEGÚN AUTORIZACIONES POR PARTE DE LAS EPS | | | |
| 7 | POLICIA NACIONAL | | | | |
| 8 | CAPRESOCA | | | | |

Se puede observar que año a año se ha venido en proceso de mejora en el cumplimiento de los indicadores de PyM en cada una de las EPS. En el año 2020 a pesar de todas las dificultades presentadas por la pandemia, la entidad hizo su mejor esfuerzo en iniciar diferentes estrategias para la prestación de los servicios, las cuales dieron resultados tal como se muestra en el cuadro anterior.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 177 de 365 |

Con la EPS Comparta a corte del mes de julio del año 2021 se dio un cumplimiento de las actividades globales de PyM del 69%, a partir del mes de agosto de ese mismo año, los usuarios de esta entidad fueron trasladados a otras EPS que operan en el departamento e ingreso la EPS Sanitas como entidad nueva. Es importante aclarar que, pese a los cumplimientos establecidos en cada vigencia, Comparta todos los años realizada glosas a los contratos capitados, no solo por actividades de PyM sino por los demás componentes establecidos en la contratación capitada. Actualmente se encuentra en proceso la liquidación final de los contratos vigencia 2020 y 2021 de esta entidad, sin llegar a acuerdos claros con la entidad liquidadora.

- ✚ Con Nueva EPS la entidad ha venido mejorando su cumplimiento de indicadores de PyM en cada vigencia, para el corte del mes de septiembre del año 2023 hay un cumplimiento de metas del 87%.
- ✚ Con Coosalud contrato capitado en el municipio de Arauquita, el cumplimiento de indicadores con corte a la vigencia 2022 quedo en 96% y con corte al mes de septiembre del año 2023 se encuentra con un cumplimiento del 87%.
- ✚

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

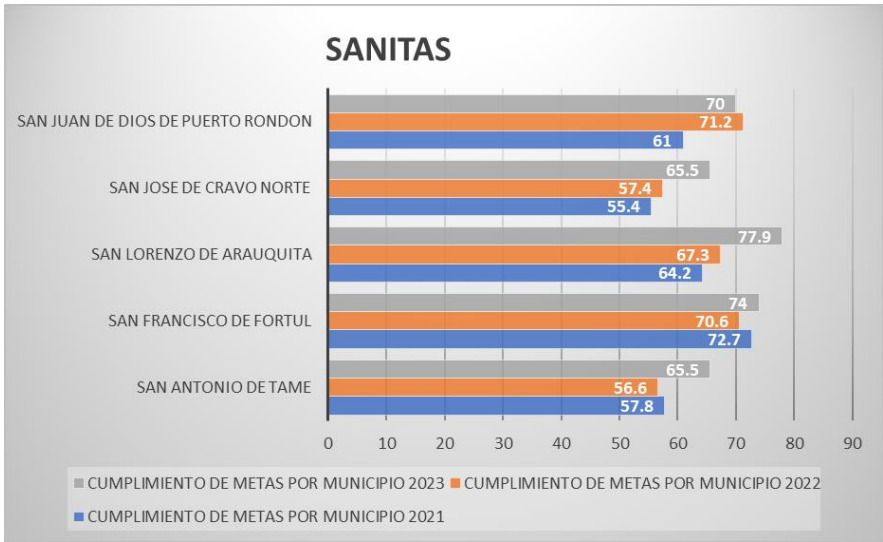
| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 178 de 365 |


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 POR EPS

SANITAS

| HOSPITALES | CUMPLIMIENTO DE METAS POR MUNICIPIO | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------|------|
| | 2021 | 2022 | 2023 |
| SAN ANTONIO DE TAME | 57.8 | 56.6 | 65.5 |
| SAN FRANCISCO DE FORTUL | 72.7 | 70.6 | 74 |
| SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 64.2 | 67.3 | 77.9 |
| SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 55.4 | 57.4 | 65.5 |
| SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON | 61 | 71.2 | 70 |



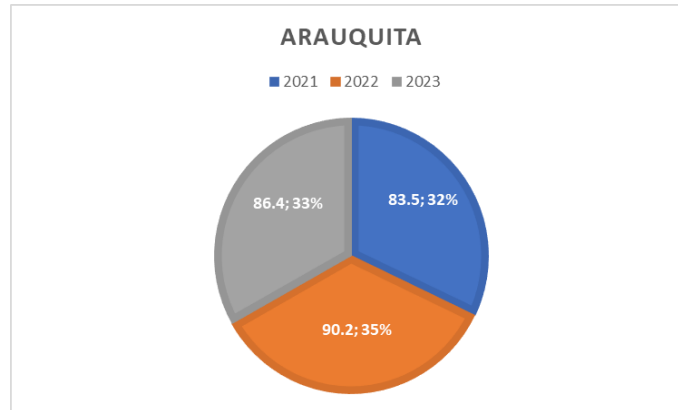
| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 179 de 365 |

Se puede observar el cumplimiento de las metas de PyM por cada una de las IPS que conforman la red hospitalaria, observando que para Sanitas:

- ❖ En cada una de las IPS año a año se observa la mejora continua en el cumplimiento de los indicadores de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- ❖ En la vigencia del año 2021 el mejor cumplimiento lo obtuvo el Hospital San Francisco de Fortul, con un porcentaje del 72.7%.
- ❖ En la vigencia 2022 el mejor cumplimiento lo obtuvo el Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón con un cumplimiento del 71.2%.
- ❖ Para la vigencia 2023 con corte al mes de septiembre lo lleva el municipio de Arauquita conformado por el Hospital San Ricardo Pampuri, Centro de salud Panamá y Hospital San Lorenzo de Arauquita con un porcentaje de cumplimiento del 77.9%.

COOSALUD


| HOSPITALES | CUMPLIMIENTO DE METAS POR MUNICIPIO | | |
|--------------------------|-------------------------------------|------|------|
| | 2021 | 2022 | 2023 |
| SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 83.5 | 90.2 | 86.4 |

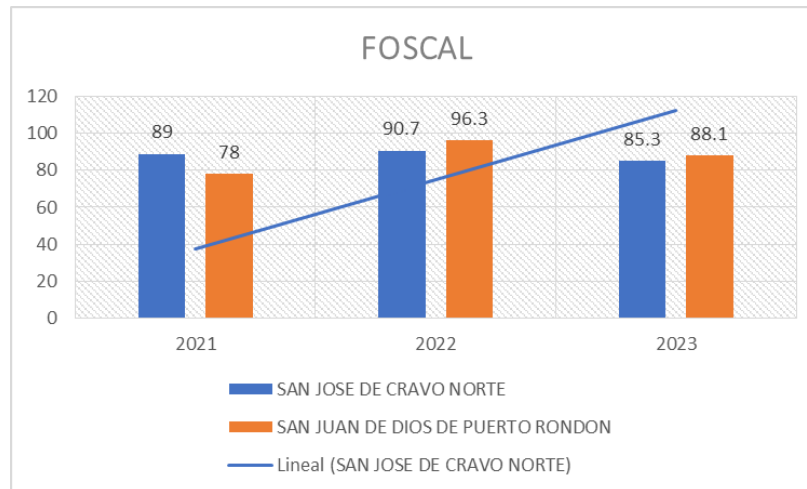


El comportamiento para esta IPS en el municipio de Arauquita ha sido satisfactorio como se observa en la gráfica anterior, logrando cumplimiento con corte al mes de septiembre del año en curso un porcentaje del 86.4%.

FOSCAL

| HOSPITALES | CUMPLIMIENTO DE METAS POR MUNICIPIO | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|
| | 2021 | 2022 | 2023 |
| SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 89 | 90.7 | 85.3 |
| SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON | 78 | 96.3 | 88.1 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 181 de 365 |



Los hospitales que tienen contratación capitada para esta EPS son los que se encuentran ubicados en los municipios de Cravo Norte y Puerto Rondón, se puede observar:

En la vigencia 2021 el hospital que obtuvo mejor cumplimiento fue el Hospital San José de Cravo Norte con un cumplimiento del 89%.

Se observa que linealmente el Hospital de Cravo Norte mejoro mes a mes su cumplimiento en metas de PyM.

*En la vigencia 2022 quien logro un mejor indicador para cumplimiento de metas de PyM fue el Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón, quedando con un cumplimiento del 96.3%.

*Para la vigencia 2023 con corte al mes de septiembre el cumplimiento de estos dos hospitales va muy similar, logrando obtener buenos porcentajes de cumplimiento, Cravo Norte con un 85.3% y Puerto Rondón con un 88.1%.

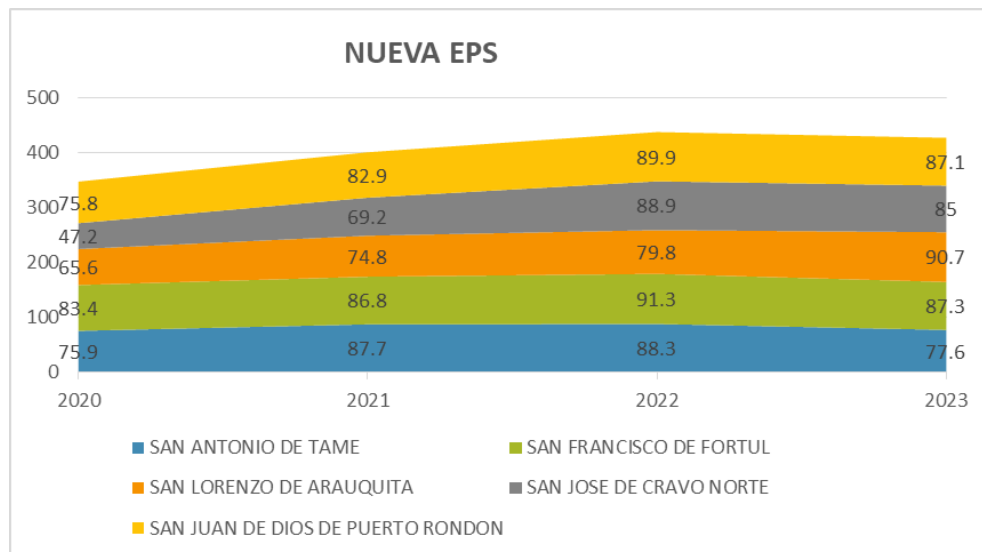
NUEVA EPS


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 182 de 365 |

| HOSPITALES | CUMPLIMIENTO DE METAS POR MUNICIPIO | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| SAN ANTONIO DE TAME | 75.9 | 87.7 | 88.3 | 77.6 |
| SAN FRANCISCO DE FORTUL | 83.4 | 86.8 | 91.3 | 87.3 |
| SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 65.6 | 74.8 | 79.8 | 90.7 |
| SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 47.2 | 69.2 | 88.9 | 85 |
| SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON | 75.8 | 82.9 | 89.9 | 87.1 |

Los logros obtenidos con el trabajo realizado con esta EPS han sido satisfactorios a lo largo del cuatrienio; en la vigencia 2022 la ESE Moreno y Clavijo Departamental de Primer Nivel logro obtener el segundo puesto a nivel nacional con los indicadores de cumplimiento de PyM, lo cual como entidad ha sido un orgullo para cada uno de los profesionales que día a día se esmeran por brindar una atención en salud con calidad, de manera integral y segura.

Gráficamente se puede observar:



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 183 de 365 |

*Para la vigencia 2020 el mejor indicador lo obtuvo el Hospital San Francisco de Fortul con un cumplimiento del 83.4%.

*Para la vigencia 2021 el mejor indicador lo obtuvo el Hospital San Antonio de Tame con un cumplimiento del 87.7%.

*Para la vigencia 2022 el mejor indicador lo obtuvo el Hospital San Francisco de Fortul con un cumplimiento del 91.3%.


*Para la vigencia 2023 el mejor indicador lo obtuvo el Hospital San Lorenzo de Arauquita con un cumplimiento del 90.7 con corte al mes de septiembre de la vigencia%.

*Es de resaltar que todas las IPS con corte de la vigencia 2023 van con cumplimientos de indicadores óptimos para esta EPS.

COMPORTAMIENTO CAPTACION DE GESTANTES PARA LA RUTA MATERNO PERINATAL

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 comportamiento presentado para el cuatrienio en la ESE fue:


| HOSPITALES | CUMPLIMIENTO CAPTACION DE GESTANTES | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------|------|------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| SAN ANTONIO DE TAME | 66 | 54 | 66 | 54 |
| SAN FRANCISCO DE FORTUL | 75 | 74 | 94 | 66 |
| SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 62 | 66 | 77 | 67 |
| SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 75 | 42 | 70 | 85 |
| SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON | 64 | 63 | 75 | 72 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 184 de 365 |

Se puede observar que en cada una de las vigencias evaluadas no se cumple con el criterio de captación temprana que debe tener un porcentaje de cumplimiento mayor o igual al 85%, de acuerdo a la resolución 408 de 2018. El comportamiento de la ESE durante el cuatrienio se encuentra así:



- ✚ El mejor cumplimiento de captación ha sido el de la vigencia 2022 con cumplimiento del 76% en toda la red hospitalaria.
- ✚ En la vigencia 2023 se lleva cumplimiento del 69% con corte al mes de septiembre de 2023.
- ✚ El porcentaje más bajo de cumplimiento en la captación temprana de las gestantes fue para la vigencia 2021 con cumplimiento del 60%.
- ✚ En la vigencia 2020 se cumplió con un porcentaje del 68% de cumplimiento a la captación temprana de gestantes.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 185 de 365 |

- ✚ Cabe resaltar que estas usuarias captadas desde la vigencia 2020 cumplieron con la atención integral en la prestación de los servicios de salud, en toda la red hospitalaria.
- ✚ Todas las usuarias fueron valoradas por los profesionales de ginecología, medicina general, odontología, nutrición y psicología.


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 auditorías son realizadas de forma mensual por el director(a), Coordinador(a) de Promoción y Prevención, coordinador médico(a) de cada hospital y Centro de Salud, una vez diligenciada la herramienta, es analizada en el Comité de Historias clínicas, implementado los planes de mejoramiento a que haya lugar 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.

| CRITERIOS PARA CALIFICAR LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA | | |
|------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------|
| CALIFICACIÓN | TOTAL % | ACCIÓN A TOMAR |
| EXCELENTE | 95 - 100 | FELICITACIONES !!! |
| BUENO | 81 - 94 | SE LE SOLICITA PROPONER PLAN DE MEJORA Y |
| ACEPTABLE | 71 - 80 | ENVIAR AL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS |
| DEFICIENTE | 0 - 70 | CON COPIA A GESTIÓN GARANTÍA DE CALIDAD |

En la red hospitalaria se tomó una muestra aleatoria de ciento veinte (120) historias clínicas por vigencia, 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 ESPECÍFICA: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 186 de 365 |


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

| HOSPITALES | GUIA DE ATENCION ENFERMEDAD HIPERTENSIVA | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------------|------|------|------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| SAN ANTONIO DE TAME | 96 | 97 | 97 | 98 |
| SAN FRANCISCO DE FORTUL | 99 | 97 | 98 | 98 |
| SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 93 | 97 | 96 | 97 |
| SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 97 | 98 | 95 | 98 |
| SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON | 96 | 98 | 96 | 97 |

- ✚ Las historias clínicas que cumplieron con toda la evaluación durante la vigencia 2020 fue el Hospital San Francisco de Fortul, con cumplimiento de sus variables en un 99%.
- ✚ En la vigencia 2021 las variables más completas dentro de la historia clínica fueron los hospitales de Cravo Norte y Puerto Rondón.
- ✚ Las historias clínicas que cumplieron con toda la evaluación durante la vigencia 2022 fue el Hospital San Francisco de Fortul, con cumplimiento de sus variables en un 98%.
- ✚ En la vigencia 2023 con corte a septiembre se lleva cumplimiento de las variables en un 98% en los hospitales de Tame, Fortul y Cravo Norte.

Se observa aun falencias en el diligenciamiento completo de la historia clínica, por parte del personal profesional de la medicina. Se realiza la solicitud de los laboratorios clínicos completos de acuerdo a periodicidad establecida por la guía de manejo.

El porcentaje global de cumplimiento para la vigencia 2023 fue del 97.6%.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 187 de 365 |


APLICACIÓN GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: 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:

| HOSPITALES | GUIA DE ATENCION CRECIMIENTO Y DESARROLLO | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| SAN ANTONIO DE TAME | 98 | 96 | 96 | 95 |
| SAN FRANCISCO DE FORTUL | 100 | 97 | 97 | 96 |
| SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 95 | 98 | 97 | 93 |
| SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 95 | 97 | 95 | 95 |
| SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON | 97 | 96 | 96 | 96 |

- ✚ La única IPS que cumplió un porcentaje del 100% fue el Hospital de Fortul en la vigencia 2020.
- ✚ En la vigencia 2021 el mejor en cuanto a las variables completas y diligenciadas correctamente en la historia clínica fue el municipio de Arauquita con cumplimiento del 98%.
- ✚ En la vigencia 2022 las IPS con porcentajes de cumplimiento del 97% fueron Fortul y Arauquita.
- ✚ Para la vigencia 2023 los mejores porcentajes de cumplimiento en la auditoria de historias clínicas fueron Fortul y Puerto Rondón.
- ✚ 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 la vigencia 2023 para la guía de Crecimiento y Desarrollo fue del 95% en la Red Hospitalaria de la ESE.


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 188 de 365 |

ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA CUMPLIMIENTO DE METAS

La entidad ha venido implementando estrategias para dar cumplimiento a las metas establecidas en los procesos de contratación, así 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 veintiún 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 189 de 365 |

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:


- ✓ 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.

Es importante indicar que 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.


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 190 de 365 |

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 hospitalaria, haciendo énfasis en la importancia que la mujer gestante ingrese antes de las 10 semanas de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad materna y perinatal.
- ✚ Brindar todos los servicios de salud con calidad y calidez y verificar que cada usuario atendido cumpla con el criterio de integralidad de la ruta.
- ✚ Realizar capacitaciones continuas en cada uno de los hospitales para recalcar lo estipulado en la resolución 3280 de 2018.
- ✚ Establecer parámetros de control que nos permitan dar seguimiento al riesgo individual del usuario, cumplimiento con los tiempos establecidos de acuerdo a normatividad vigente.
- ✚ Realizar visitas de acompañamiento y auditorias permanentes en cada uno de los municipios donde opera la red.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 191 de 365 |

- ✚ Informar a la ERA cuando no se pueda encontrar un usuario a través de los correos electrónicos. Así mismo aquellos usuarios que no se encuentran dentro del departamento para que se realice la gestión administrativa de traslado o según el caso que corresponda.

ANEXOS

Formato de la matriz de seguimiento por EPS del régimen subsidiado.

3.2 INFORME GESTION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION- PAI.

Para las vigencias de los años 2020,2021,2022,2023 se adoptaron los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social teniendo como la finalidad orientar el proceso de planeación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, de manera concertada con los cinco municipios en los que hace presencia la ESE y todos los actores del sistema, para garantizar la atención de la población y el cumplimiento de las metas y objetivos del PAI, esperando con ello impactar positivamente en la salud de la población de los municipios de Arauquita, Cravo Norte, Fortul, Puerto Rondón y Tame, ofertando el servicio de manera integral, dentro del curso de vida del individuo.

El PAI se enfrentó a grandes retos durante las diferentes vigencias, por esta razón representa el año de la vacunación en Colombia:

Para el gobierno nacional es de suma importancia la vacunación de la población habitante en el territorio nacional (colombianos o migrantes), según el Esquema Nacional de Vacunación, mediante la vacunación sin barreras. Es importante reiterar que en el país todos los días son de vacunación segura, eficaz y gratuita con el fin de disminuir el riesgo de brotes por enfermedades inmunoprevenibles; iniciar, completar o reforzar los esquemas de vacunación en todo el territorio nacional, incluyendo zonas fronterizas, en donde hay una alta circulación de población migratoria, la cual también puede acceder a nuestro Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Colombia cuenta con uno de los esquemas de vacunación más completos de las américas que incluye 22 biológicos que protegen contra 30 enfermedades como sarampión, fiebre amarilla, varicela, COVID-19, entre otras, que son aplicadas sin costo para las diferentes poblaciones objeto del PAI. Las acciones de administración y gestión del PAI se desarrollan bajo 12 componentes que interactúan y son el marco para el desempeño del programa por parte de los diferentes actores, tales como las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Empresas

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 192 de 365 |

Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

OBJETIVO GENERAL

Establecer las acciones para la gestión y administración de los componentes del PAI en las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, EAPB, IPS públicas y privadas habilitadas para prestar el servicio de vacunación en el marco de su competencia, con el fin de alcanzar las metas y objetivos del programa en el año.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Orientar las acciones de los actores del PAI en cada uno de los niveles de atención dando cumplimiento a la legislación nacional vigente.

- Dar continuidad a la aplicación de estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial para la integración de acciones en el PAI.
- Planificar, programar y organizar actividades, recursos y tiempo para el logro de las metas del programa.
- Garantizar el talento humano competente, idóneo, suficiente, para el desarrollo del programa e incluir información del PAI en los espacios académicos y científicos.
- Proporcionar apoyo a los municipios, en el fortalecimiento de las capacidades técnicas del talento humano en cada uno de los niveles.
- Orientar, planificar, monitorear y evaluar las acciones estratégicas y tácticas del programa a nivel de la red hospitalaria de la ESE MORENO Y CLAVIJO.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 193 de 365 |

Asegurar la conservación, almacenamiento y transporte de vacunas, bajo estándares de calidad.


- Garantizar el abastecimiento permanente de vacunas e insumos del PAI.
- Fortalecer la gestión técnica y operativa del PAI a partir del desarrollo de estrategias de participación social, educación y comunicación para la salud e Información en salud.
- Garantizar la oportunidad, calidad e integralidad de la información generada por el PAI por parte de nuestra red hospitalaria.
- Coordinar las acciones con el grupo de vigilancia epidemiológica para el seguimiento de las enfermedades Inmunoprevenibles.
- Evaluar el PAI durante la vigencia 2020,2021,2022, 2023 acorde a los indicadores descritos en el componente de evaluación.

33. DESARROLLO DEL INFORME:

Actividades a desarrollar:

METAS

- Alcanzar el 95% y más de coberturas en las poblaciones objeto del programa con cada uno de los biológicos que hacen parte del esquema nacional.
- Mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubeola y el síndrome de rubeola congénita, así como, el tétanos neonatal, y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, Haemophilus influenzae tipo b, diarreas por rotavirus, tos ferina, parotiditis, influenza, VPH, varicela y COVID-19.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 194 de 365 |

- 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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 195 de 365 |

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

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


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

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

META PROGRAMATICA DEL DANE DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO

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.

| | AÑOS | POB. < 1 AÑO meta | META CUMPLIDA | POB. 1 año | META CUMPLIDA | POB. 5 años | META CUMPLIDA |
|------------------|-------------|-----------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| ARAUQUITA | 2020 | 1005 | 996 | 1020 | 1063 | 998 | 790 |
| | 2021 | 1001 | 936 | 1014 | 1011 | 976 | 836 |
| | 2022 | 1001 | 960 | 1014 | 1019 | 976 | 971 |
| | 2023 | 1001 | 647 | 1014 | 698 | 976 | 705 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 196 de 365 |


Durante este cuatrienio se observa que para el municipio de Arauquita con corte en el mes de septiembre del 2023 se evidencia que, en la cobertura de menor de un año, la de un año y niños de 5 años la cual durante estos 4 años fue de 11.996 menores y el municipio no cumplió con el objetivo ya que durante todo este tiempo para esta cobertura solo se vacunaron 10632 dando no cumplimiento a las metas establecida y quedando un faltante de 1364 faltando 3 meses para culminar el año.

| | AÑOS | POB. < 1 AÑO meta 2023 | META CUMPLIDA | POB. 1 año | META CUMPLIDA | POB. 5 años | META CUMPLIDA |
|--------------------|------|------------------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| CRAVO NORTE | 2020 | 84 | 78 | 87 | 89 | 88 | 70 |
| | 2021 | 81 | 89 | 87 | 83 | 85 | 81 |
| | 2022 | 87 | 79 | 90 | 82 | 85 | 65 |
| | 2023 | 87 | 54 | 88 | 57 | 85 | 58 |

Durante este cuatrienio se observa que para el municipio de Cravo norte con corte en el mes de septiembre del 2023 se evidencia que, en la cobertura de menor de un año, la de un año y niños de 5 años la cual durante estos 4 años fue de 1034 menores y el municipio no cumplió con el objetivo ya que durante todo este tiempo para esta cobertura solo se vacunaron 881 no cumplimiento a las metas establecida y quedando un faltante de 153 faltando 3 meses para culminar el año.

| | AÑOS | POB. < 1 AÑO meta 2023 | META CUMPLIDA | POB. 1 año | META CUMPLIDA | POB. 5 años | META CUMPLIDA |
|---------------|------|------------------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| FORTUL | 2020 | 435 | 418 | 441 | 439 | 416 | 385 |
| | 2021 | 435 | 412 | 435 | 410 | 416 | 406 |
| | 2022 | 426 | 415 | 435 | 429 | 413 | 410 |
| | 2023 | 426 | 269 | 430 | 273 | 413 | 348 |

Durante este cuatrienio se observa que para el municipio de Fortul con corte en el mes de septiembre del 2023 se evidencia que, en la cobertura de menor de un año, la de un año y niños de 5 años la cual durante estos 4 años fue de 5121 menores y el municipio no cumplió

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 197 de 365 |

con el objetivo ya que durante todo este tiempo para esta cobertura solo se vacunaron 4614 dando no cumplimiento al a metas establecida y quedando un faltante de 507 faltando 3 meses para culminar el año.

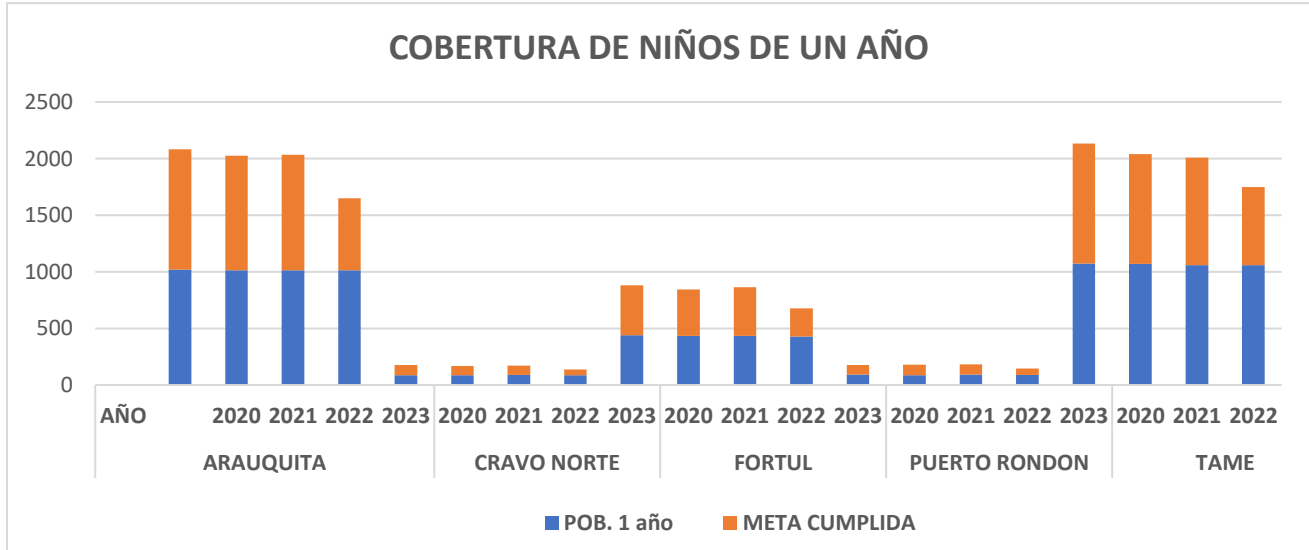
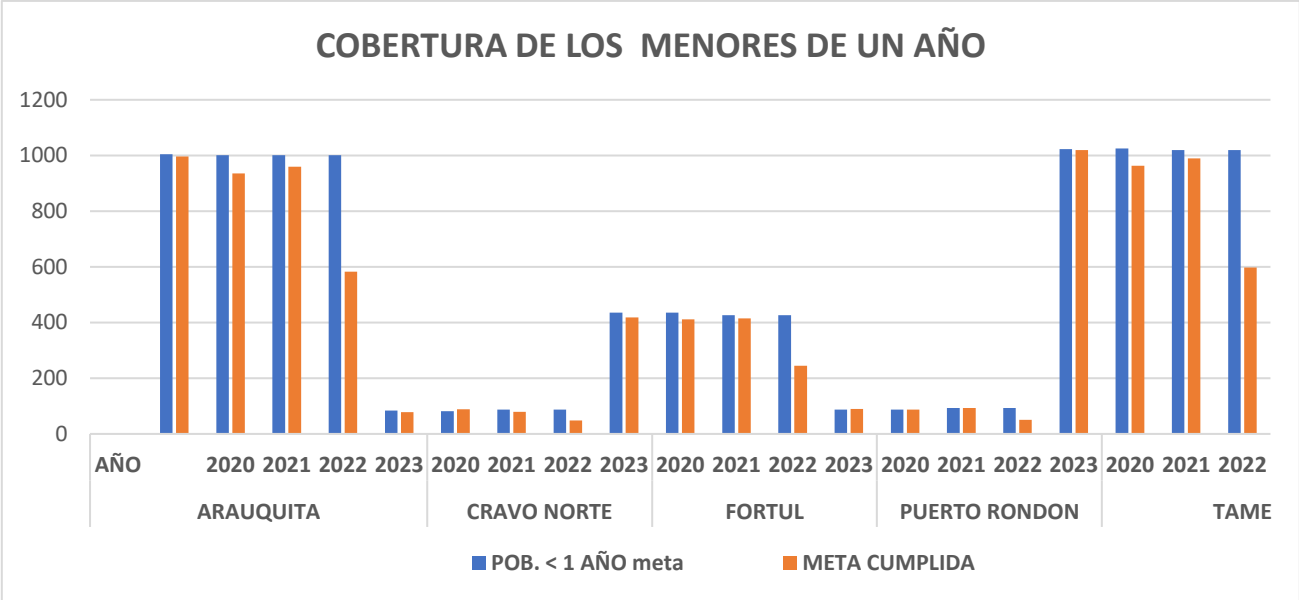
| PUERTO RONDON | AÑOS | POB. < 1 AÑO meta 2023 | META CUMPLIDA | POB. 1 año | META CUMPLIDA | POB. 5 años | META CUMPLIDA |
|---------------|------|------------------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| | 2020 | 87 | 90 | 92 | 85 | 94 | 62 |
| | 2021 | 87 | 87 | 87 | 92 | 94 | 75 |
| | 2022 | 93 | 93 | 93 | 89 | 91 | 79 |
| | 2023 | 93 | 58 | 89 | 62 | 85 | 62 |


Durante este cuatrienio se observa que para el municipio de puerto rondón con corte en el mes de septiembre del 2023 se evidencia que, en la cobertura de menor de un año, la de un año y niños de 5 años la cual durante estos 4 años fue de 1085 menores y el municipio no cumplió con el objetivo ya que durante todo este tiempo para esta cobertura solo se vacunaron 934 dando no cumplimiento al a metas establecida y quedando un faltante de 151 faltando 3 meses para culminar el año.

| TAME | AÑOS | POB. < 1 AÑO meta 2023 | META CUMPLIDA | POB. 1 año | META CUMPLIDA | POB. 5 años | META CUMPLIDA |
|------|------|------------------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| | 2020 | 1023 | 1019 | 1072 | 1060 | 1027 | 954 |
| | 2021 | 1025 | 963 | 1070 | 971 | 1015 | 931 |
| | 2022 | 1019 | 990 | 1058 | 951 | 1015 | 958 |
| | 2023 | 1019 | 656 | 1058 | 770 | 1015 | 727 |

Durante este cuatrienio se observa que para el municipio de Tame con corte en el mes de agosto del 2023 se evidencia que, en la cobertura de menor de un año, la de un año y niños de 5 años la cual durante estos 4 años fue de 12416 menores y el municipio no cumplió con el objetivo ya que durante todo este tiempo para esta cobertura solo se vacunaron 10950

dando no cumplimiento al a metas establecida y quedando un faltante de 1466 faltando 3 meses para culminar el año.



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 199 de 365 |


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, ya que en todos los municipios se presentan dificultades en tanto a la BCG que es la primera dosis que se debe aplicar a los menores recién nacido, pero cabe resaltar en los municipios con baja meta poblacional no se presentan partos dentro de la institución motivo por el cual se observa caído el indicador.

Los niños menores de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud desde el 2020 se quedó con rezago de 33 usuarios pendientes por vacunar y a la fecha del corte de septiembre el municipio de Tame y Arauquita son los que presentan más bajas coberturas para este indicador, pero con la suma de los demás municipios obtenemos un déficit de vacunación de 226 usuarios faltantes por vacunar.

Otro tipo de situación que se presenta en la red hospitalaria de la ese moreno y Clavijo es que en los últimos años se han realizado una serie de cirugías que proceden a la disminución de la natalidad entre ellas se encuentra (pomeroy, inserción de jadell y de implanon, vasectomías), además de ello se resalta que los menores la mayoría presentan su parto en el municipio de Saravena.

Los niños de un año presentan bajo coberturas no se ha dado cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud en el año 2020 se cumplió con la meta establecida y a la fecha del corte de septiembre no se está dando cumplimiento a la meta quedando un déficit de 150 usuarios siendo los municipios de Arauquita y de Fortul con más alto el índice de incumplimiento, aunque faltan 3 meses para culminar el año 2023.

Los niños de 5 años presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud desde el 2020 se quedó con rezago de 362 usuarios pendientes por vacunar y a la fecha del corte de septiembre el municipio de Tame y Arauquita son los que presentan más bajas coberturas para este indicador, pero con la suma de los demás municipios obtenemos un déficit de vacunación de 84 usuarios faltantes por vacunar, aunque faltan 3 meses para culminar el año 2023.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 200 de 365 |


INDICADORES DES NUEVA EPS

AÑO 2020

ARAUQUITA

| INDICADORES | META | PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
|-----------------------------------------------------|------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 1 AÑO | 90% | 52,4 | 86,3 | 37,6 | 39 |
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 12 A 24 MESES | 90% | 44,5 | 78 | 44,1 | 59.8 |
| COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 6 AÑOS | 90% | 82,03 | 84 | 60,9 | 63.2 |
| COBERTURAS DE VACUNACION CONTRA EL VPH | 30% | 14,9 | 27 | 29,5 | 33.7 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL | 30% | 12,2 | 3 | 18,7 | 24.7 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE GESTANTES (DPTA) | 90% | 10 | 3 | 18,7 | 72.4 |
| COBERTURAS DE VACUNACION ADULTOS | 20% | 6,5 | 7 | 2,5 | 1.8 |


CRAVO NORTE

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 201 de 365 |

| INDICADORES | META | PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
|-----------------------------------------------------|------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 1 AÑO | 90% | 49,9 | 66,6 | 33,3 | 75 |
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 12 A 24 MESES | 90% | 83,3 | 100 | 61,1 | 50 |
| COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 6 AÑOS | 90% | 80,2 | 83 | 70,8 | 86,9 |
| COBERTURAS DE VACUNACION CONTRA EL VPH | 30% | 14,4 | 12 | 16,6 | 33,3 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL | 30% | 28,7 | 24 | 22,9 | 33,3 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE GESTANTES (DPTA) | 90% | 33,3 | 67 | 0 | 50 |
| COBERTURAS DE VACUNACION ADULTOS | 20% | 12,7 | 18 | 6 | 0 |

FORTUL


| INDICADORES | META | PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
|---------------------------------------------|------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 1 AÑO | 90% | 76,2 | 93,3 | 62,5 | 50,2 |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 | |
| | | | Página 202 de 365 | |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------|-----|-------|----|------|------|
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 12 A 24 MESES | 90% | 78,9 | 88 | 66,6 | 77,7 |
| COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 6 AÑOS | 90% | 57,06 | 90 | 72,3 | 70,3 |
| COBERTURAS DE VACUNACION CONTRA EL VPH | 30% | 47,7 | 60 | 60,5 | 68,7 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL | 30% | 37,3 | 45 | 47,7 | 51,4 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE GESTANTES (DPTA) | 90% | 23,7 | 12 | 23,5 | 36 |
| COBERTURAS DE VACUNACION ADULTOS | 20% | 9,5 | 5 | 3,06 | 9,5 |

PUERTO RONDON


| INDICADORES | META | PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
|-----------------------------------------------------|------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 1 AÑO | 90% | 88,8 | 100 | 16,6 | 100 |
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 12 A 24 MESES | 90% | 100 | 69 | 85 | 100 |
| COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 6 AÑOS | 90% | 86,1 | 83 | 81,7 | 100 |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | Versión 01 |
| | | | | Página 203 de 365 |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------|-----|------|----|------|------|
| COBERTURAS DE VACUNACION CONTRA EL VPH | 30% | 75,5 | 76 | 54,7 | 40 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL | 30% | 45,7 | 42 | 41,4 | 40.9 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE GESTANTES (DPTA) | 90% | 0 | 67 | 0 | 0.0 |
| COBERTURAS DE VACUNACION ADULTOS | 20% | 21 | 19 | 19,4 | 20.8 |

TAME

| INDICADORES | META | PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE | CUARTO TRIMESTRE |
|-----------------------------------------------------|------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 1 AÑO | 90% | 63,1 | 75,9 | 36,1 | 43,9 |
| COBERTURA DE VACUNACION EN MENORES DE 12 A 24 MESES | 90% | 70,6 | 82 | 57,8 | 81,6 |
| COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 6 AÑOS | 90% | 76,3 | 78 | 62,8 | 75,3 |
| COBERTURAS DE VACUNACION CONTRA EL VPH | 30% | 9,9 | 12 | 13,4 | 13,5 |
| COBERTURA DE VACUNACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL | 30% | 17,2 | 19 | 21,3 | 24 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 204 de 365 |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------|------------|------|----|------|------|
| COBERTURA DE VACUNACION DE GESTANTES (DPTA) | 90% | 34,8 | 18 | 15,8 | 39,5 |
| COBERTURAS DE VACUNACION ADULTOS | 20% | 12,3 | 9 | 3,9 | 5.5 |


AÑO 2021

HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

| Programa | Nombre Indicador | Numerac | Denominad | Resultac | Estimación | Indicador Activide |
|------------|--------------------------------------------------------------------|---------|-----------|----------|------------|--------------------|
| Vacunación | Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 1,527 | 2,926 | 52.1% | 90% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 1,180 | 2,156 | 54.7% | 20% | Óptimo |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en mujeres en edad | 776 | 6,844 | 11.3% | 20% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 12 | 77 | 15.5% | 90% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en adultos | 194 | 3,012 | 6.4% | 20% | No aplica |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 259 | 527 | 49.1% | 90% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 233 | 475 | 49% | 90% | No aceptable |

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL

| Programa | Nombre Indicador | Numerador | Denominador | Resultado | Estimación | Indicador Activide |
|------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|------------|--------------------|
| Vacunación | Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 1,200 | 1,683 | 71.3% | 90% | Muy deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 962 | 1,283 | 74.9% | 30% | Óptimo |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 794 | 3,792 | 20.9% | 40% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 37 | 49 | 75.5% | 90% | Deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en adultos | 241 | 1,398 | 17.2% | 20% | Deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 193 | 300 | 64.3% | 90% | Muy deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 165 | 261 | 63.2% | 90% | Muy deficiente |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 205 de 365 |

HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

| Programa | Nombre Indicador | Numerador | Denominador | Resultado | Estimación | Indicador Actividad |
|------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|------------|---------------------|
| Vacunación | Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 1,253 | 2,638 | 47.4% | 90% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 357 | 1,890 | 18.8% | 30% | Muy deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 921 | 6,155 | 14.9% | 40% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 11 | 62 | 17.7% | 90% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en adultos | 20 | 3,100 | 0.6% | 20% | No aplica |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 208 | 450 | 46.2% | 90% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 219 | 462 | 47.4% | 90% | No aceptable |

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

| Programa | Nombre Indicador | Numerador | Denominador | Resultado | Estimación | Indicador Actividad |
|------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|------------|---------------------|
| Vacunación | Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 34 | 48 | 70.8% | 90% | Muy deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 2 | 8 | 25% | 20% | Óptimo |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 5 | 41 | 12.1% | 20% | Muy deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 0 | 1 | 0% | 90% | No reportó |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en adultos | 0 | 6 | 0% | 20% | No reportó |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 9 | 20 | 45% | 90% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 4 | 6 | 66.6% | 90% | Muy deficiente |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 206 de 365 |

HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE

| Programa | Nombre Indicador | Numerador | Denominador | Resultado | Estimación | Indicador Actividad |
|------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|------------|---------------------|
| Vacunación | Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 24 | 34 | 70.5% | 90% | Muy deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 2 | 22 | 9% | 20% | No aceptable |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 6 | 45 | 13.3% | 20% | Muy deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 0 | 1 | 0% | 90% | No reportó |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en adultos | 0 | 17 | 0% | 20% | No reportó |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 14 | 21 | 66.6% | 90% | Muy deficiente |
| Vacunación | Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 5 | 6 | 83.3% | 90% | Deficiente |


AÑO 2022

| MUNICIPIOS | Nombre Indicador | Estimación | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Calificación |
|------------|-------------------------------------------------------------------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|----------------|
| ARAUQUITA | Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 90% | 63.1% | 74.4% | 72.4% | 70.6% | 66.1% | 60.8% | 63.3% | 45.4% | 46.9% | 44.6% | 46.4% | 47.7% | No aceptable |
| | Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 30% | 35.9% | 36% | 36% | 35.7% | 35.4% | 37.9% | 37.9% | 15.8% | 17.4% | 18.3% | 18.3% | 18.8% | Muy deficiente |


| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | | | | | | | GPL-FO-036 | | | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | | | | | | | | Versión 01 | | | |
| | | | | | | | | | | | Página 207 de 365 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|--------------|
| | Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 40% | 25.2% | 25.4% | 25.9% | 25.3% | 25.3% | 25.7% | 11.4% | 11.3% | 14.7% | 14.6% | 15% | No aceptable | |
| | Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 90% | 66.6% | 42.5% | 26.1% | 87.5% | 84% | 60.8% | 48% | 25.9% | 43.4% | 41.1% | 21.4% | 17.7% | No aceptable |
| | Cobertura de vacunación en adultos | 20% | 1.9% | 1.9% | 1.8% | 1.7% | 1.7% | 1.5% | 1.6% | 0.7% | 0.8% | 0.5% | 0.6% | 0.6% | No aceptable |
| | Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 90% | 39.2% | 68.6% | 62.6% | 65.8% | 57.5% | 46.6% | 51.8% | 41.5% | 55.3% | 45.2% | 46.1% | 46.1% | No aceptable |
| | Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 90% | 59% | 78.8% | 74.3% | 65.5% | 59.2% | 48.9% | 58% | 51.4% | 46.8% | 44.1% | 47.5% | 47.8% | No aceptable |
| FORTUL | Proporción de niños y niñas con esquema completo | 90% | 70% | 68.5% | 67.8% | 69.2% | 72.1% | 71.8% | 72.9% | 52.5% | 74% | 71.3% | 68.3% | 72% | Deficiente |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|-------|--------|----------------|
| de vacunación | | | | | | | | | | | | | | |
| Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 30% | 70.4% | 71.1 % | 70.3 % | 70.3 % | 68.8 % | 71.9 % | 70.7 % | 20.8% | 75.5 % | 76.1% | 75.5% | 75.3 % | Óptimo |
| Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 40% | 52.2% | 53.1 % | 53.6 % | 53.8 % | 52.7 % | 53.1 % | 52.5 % | 15.5% | 16.4 % | 19.2% | 19.2% | 21.5 % | No aceptable |
| Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 90% | 84% | 77.7 % | 64.7% | 74% | 84.6 % | 93.9 % | 90% | 59.6% | 88.2 % | 87.7% | 83.9% | 75.4 % | Deficiente |
| Cobertura de vacunación en adultos | 20% | 9.4% | 9.7% | 9.7 % | 9.6% | 9.5% | 5.4% | 2% | 6.7% | 18.7 % | 19.3% | 18.2% | 17.4 % | Deficiente |
| Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 90% | 49.7% | 42.5 % | 32.9% | 46.4 % | 63.4 % | 59.1 % | 60.8 % | 43.9% | 79.2 % | 66.1% | 47.3% | 64.9 % | Muy deficiente |


| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | | | | | | | GPL-FO-036 | | | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | | | | | | | | Versión 01 | | | |
| | | | | | | | | | | | Página 210 de 365 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------------------------------------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|--------------|
| | Cobertura de vacunación en adultos | 20% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 4.5% | 9% | 8.6% | 6.8% | 6.8% | No aceptable |
| | Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 90% | 100% | 57.1% | 57.1% | 100% | 83.3% | 55.5% | 90% | 77.7% | 64.2% | 50% | 77.2% | 70.8% | Muy deficiente | |
| | Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 90% | 75% | 66.6% | 50% | 66.6% | 75% | 100% | 100% | 80% | 100% | 100% | 37.5% | 80% | Deficiente | |
| PUERTO RONDON | Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 90% | 100% | 87.5% | 84.6% | 85.7% | 88.2% | 93.7% | 81.2% | 59.3% | 80.5% | 84.4% | 81.6% | 75.4% | Deficiente | |
| | Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 30% | 40% | 40% | 40% | 45.4% | 45.4% | 72.7% | 75% | 53.3% | 53.3% | 57.1% | 50% | 50% | Óptimo | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | | | | | | | | GPL-FO-036 | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | | | | | | | | | Versión 01 | |
| | | | | | | | | | | | | Página 211 de 365 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| | Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 40% | 40.9% | 40.6% | 45.2% | 42.5% | 43.8% | 43.1% | 36.3% | 20.5% | 17.5% | 21.6% | 18.6% | 18.6% | Deficiente |
| | Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 90% | 0.0% | 100% | 100% | 0.0% | 100% | 100% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0% | 0% | 0% | No reportó |
| | Cobertura de vacunación en adultos | 20% | 20.8% | 20.8% | 20.8% | 20.8% | 22.2% | 11.5% | 14.8% | 11.1% | 10.3% | 14.2% | 27.5% | 26.6% | Óptimo |
| | Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 90% | 100% | 50% | 50% | 50% | 75% | 66.6% | 66.6% | 50% | 44.4% | 50% | 61.1% | 50% | No aceptable |
| | Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 90% | 100% | 50% | 50% | 50% | 100% | 100% | 0% | 75% | 60% | 100% | 80% | 71.4% | Muy deficiente |
| TAME | Proporción de niños y niñas con esquema completo | 90% | 76.3% | 74.8% | 71.8% | 74.5% | 80.7% | 77.3% | 77.5% | 50.7% | 55.1% | 56.6% | 54.7% | 52.4% | No aceptable |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| de vacunación | | | | | | | | | | | | | | |
| Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 30% | 13.8% | 13.4% | 13.4% | 13.1% | 12.9% | 39.9% | 39.1% | 17.1% | 56% | 55.6% | 55.1% | 54.6% | Óptimo |
| Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 40% | 24.4% | 24.8% | 25% | 24.9% | 24.8% | 26.3% | 26.6% | 9.5% | 9.9% | 10.9% | 11% | 11.4% | No aceptable |
| Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 90% | 72.7% | 47% | 24.4% | 69.2% | 67.8% | 67.5% | 78.5% | 23.8% | 53.4% | 69.4% | 28.1% | 15.5% | No aceptable |
| Cobertura de vacunación en adultos | 20% | 5.6% | 5.6% | 5.8% | 5.8% | 6.1% | 8% | 5% | 2.8% | 2.8% | 7.9% | 7.6% | 6.4% | No aceptable |
| Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 90% | 43.6% | 35.7% | 24.8% | 49.6% | 80.9% | 69.3% | 71.6% | 53.5% | 70.7% | 57.3% | 47.5% | 48.9% | No aceptable |


| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | | | | | | | | GPL-FO-036 | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | | | | | | | | | Versión 01 | |
| | | | | | | | | | | | | Página 213 de 365 | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------------|
| Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 90% | 83.4% | 82.5% | 79.3% | 71.5% | 74.2% | 70.8% | 71.6% | 54.7% | 62.9% | 63.8% | 61.7% | 49% | No aceptable |
|----------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------------|

Año 2023

TAME

| Nombre Indicador | Estimación | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto |
|----------------------------------------------------------------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 90% | 27% | 24.7% | 28% | 32.8% | 43.6% | 45.6% | 50.5% | 55.3% |
| Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 25% | 15.7% | 16.1% | 16.3% | 17.5% | 17.9% | 18.2% | 19.8% | 44.4% |
| Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 90% | 5.9% | 18.8% | 17.6% | 25.4% | 60% | 54.8% | 51.5% | 52.9% |
| Cobertura de vacunación en adultos | 20% | 5.4% | 5.3% | 5.3% | 5.3% | 4.9% | 4.7% | 5.8% | 6.3% |
| Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más | 70% | 62.6% | 62.7% | 64.3% | 64.3% | 64.2% | 64.1% | 64% | 65.8% |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | | | | GPL-FO-036 | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | | | | | Versión 01 | |
| | | | | | | | | Página 214 de 365 | |


| | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Cobertura vacunación COVID en población general | 50% | 41.4% | 41.3% | 44.7% | 45.6% | 45.4% | 45% | 45.1% | 48.9% |
| Cobertura de Biológico Trazador Menor de 0 a 11 meses | 95% | 59.2% | 58.7% | 57.9% | 57.9% | 72.8% | 70% | 74.2% | 73% |
| Cobertura de Biológico Trazador Menores de 12 a 24 meses | 95% | 33.1% | 28.5% | 39% | 46.8% | 60.1% | 66% | 74.1% | 73.5% |
| Cobertura de Biológico Trazador Menores de 60 a 71 meses | 95% | 72.7% | 67.8% | 69.5% | 71.1% | 71.7% | 69.1% | 71.4% | 75.9% |
| Cobertura Refuerzo vacunación COVID en población general | 35% | 6% | 6.1% | 12.1% | 12.3% | 12.4% | 12.4% | 13% | 15.5% |

ARAUQUITA

| Nombre Indicador | Estimación | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto |
|-----------------------------------------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Proporción de niños y niñas con esquema | 90% | 58.6% | 94.3% | 96% | 97% | 98.3% | 96.4% | 99.7% | 99.2% |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | | | | GPL-FO-036 | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | | | | | Versión 01 | |
| | | | | | | | | Página 215 de 365 | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| completo de vacunación | | | | | | | | | |
| Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 25% | 36.6% | 36.4% | 36.3% | 36.1% | 36.2% | 35.6% | 35.5% | 46.1% |
| Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 90% | 82.2% | 88.7% | 70.6% | 56% | 56% | 82.9% | 81.3% | 87.3% |
| Cobertura de vacunación en adultos | 20% | 2.7% | 2.7% | 2.6% | 8.6% | 10.7% | 16.9% | 20.6% | 20.1% |
| Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 90% | 90.2% | 89.7% | 87.4% | 91.5% | 100% | 87.2% | 100% | 100% |
| Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 90% | 96.1% | 98.5% | 96.2% | 98.6% | 99.8% | 98.8% | 100% | 99.8% |
| Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más | 70% | 46.7% | 46% | 47.1% | 50.7% | 50.4% | 50.2% | 50% | 55.8% |
| Cobertura vacunación COVID en población general | 50% | 38.9% | 38.5% | 41.4% | 43% | 42.5% | 42.1% | 41.7% | 44.9% |
| Cobertura de vacunación | 90% | 86.5% | 94.2% | 97.3% | 96.9% | 96.4% | 96.5% | 98.5% | 98.9% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 216 de 365 |


| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| en menores de 60 a 71 meses (5años) | | | | | | | | | |
| Cobertura esquema completo de Vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 30% | 36.9% | 36.3% | 35.9% | 36.3% | 36.5% | 36.4% | 37.8% | 44% |

PUERTO RONDON

| Nombre Indicador | Estimación | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto |
|-------------------------------------------------------------------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación | 90% | 49.5% | 47.3% | 40.8% | 50.8% | 50.8% | 52.5% | 63.7% | 66.9% |
| Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 30% | 66.6% | 72% | 69.7% | 65.9% | 63% | 61.1% | 63.6% | 61.6% |
| Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil | 25% | 31.2% | 29.5% | 29.6% | 37.3% | 40.1% | 39.7% | 40.6% | 46.6% |
| Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap) | 90% | 0% | 0% | 0% | 25% | 50% | 50% | 50% | 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 217 de 365 | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Cobertura de vacunación en adultos | 20% | 30% | 30% | 29.4% | 30% | 29.4% | 27.7% | 30.9% | 35.2% |
| Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días) | 90% | 77.2% | 82.6% | 72.7% | 73.9% | 65.2% | 60.8% | 77.2% | 86.3% |
| Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año) | 90% | 64% | 60.7% | 50% | 58% | 60% | 64.5% | 77.4% | 78.5% |
| Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más | 70% | 72.5% | 73.6% | 81.1% | 81.3% | 80.6% | 78.9% | 78.8% | 82.9% |
| Cobertura vacunación COVID en población general | 50% | 53.9% | 54.7% | 60.8% | 61.2% | 60.3% | 58.9% | 58.6% | 62.4% |
| Cobertura de vacunación en menores de 60 a 71 meses (5 años) | 90% | 100% | 88.8% | 78.9% | 83.3% | 88.2% | 82.3% | 77.7% | 66.6% |
| Cobertura esquema completo de Vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) | 30% | 40.4% | 44.1% | 41.8% | 44.6% | 43.4% | 42.5% | 45.4% | 46.6% |
| Cobertura en aplicación de | 90% | 14.2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 33.3% | 25% | 16.6% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 218 de 365 |


| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Influenza en Gestantes | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

METAS DE SANITAS AÑO

| PUERTO RONDON | | En ero | Febre ro | Marzo | Abr il | Ma yo | Juni o | Juli o | Agos to | Septi embr e | Octu bre | Novie mbre | Dicie mbre | Calificaci ón |
|---------------|------------|--------|----------|-------|--------|-------|--------|--------|---------|--------------|----------|------------|------------|---------------|
| 2021 | Vacunación | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 50% | 46.6% | 15.7% | 14.2% | 14.2% | 8.5% | 14.2% | No aceptable |
| 2022 | Vacunación | 31.7% | 36% | 37.6% | 38.8% | 38.8% | 34.1% | 49.3% | 50.6% | 76.4% | 76% | 83% | 90.5% | Óptimo |
| 2023 | Vacunación | 73.3% | 69.4% | 69.4% | 64.7% | 64.7% | 60% | 64.4% | 66,80% | | | | | |

| FORTUL | | En ero | Febre ro | Marzo | Abr il | Ma yo | Juni o | Juli o | Agos to | Septi embr e | Octu bre | Novie mbre | Dicie mbre | Calificaci ón |
|--------|------------|--------|----------|-------|--------|-------|--------|--------|---------|--------------|----------|------------|------------|----------------|
| 2021 | Vacunación | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1.6% | 1.4% | 4.2% | 4.2% | 4.2% | 1.4% | 1.4% | No aceptable |
| 2022 | Vacunación | 29.4% | 49.3% | 41.1% | 29.4% | 43.5% | 44.7% | 54.6% | 52% | 57.6% | 56% | 56% | 60% | Muy deficiente |
| 2023 | Vacunación | 69.4% | 69.4% | 71.7% | 75.2% | 75.2% | 72.9% | 73.3% | | | | | | |

| |
|------|
| TAME |
|------|

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | | | | | | | | GPL-FO-036 | |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | | | | | | | | | | Versión 01 | |
| | | | | | | | | | | | | Página 219 de 365 | |

| AÑO | Programa | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Calificación |
|------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|--------------|
| 2021 | Vacunación | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 5% | 4.2% | 4.2% | 4.2% | 5.7% | 5.7% | 8.5% | No aceptable |
| 2022 | Vacunación | 7% | 7% | 7% | 8.2% | 8.2% | 8.2% | 25.8% | 38.8% | 56.4% | 45% | 35% | 38.8% | No aceptable |
| 2023 | Vacunación | 40% | 48.2% | 51.7% | 41.1% | 38.8% | 44.7% | 46.6% | | | | | | |

ARAUQUITA

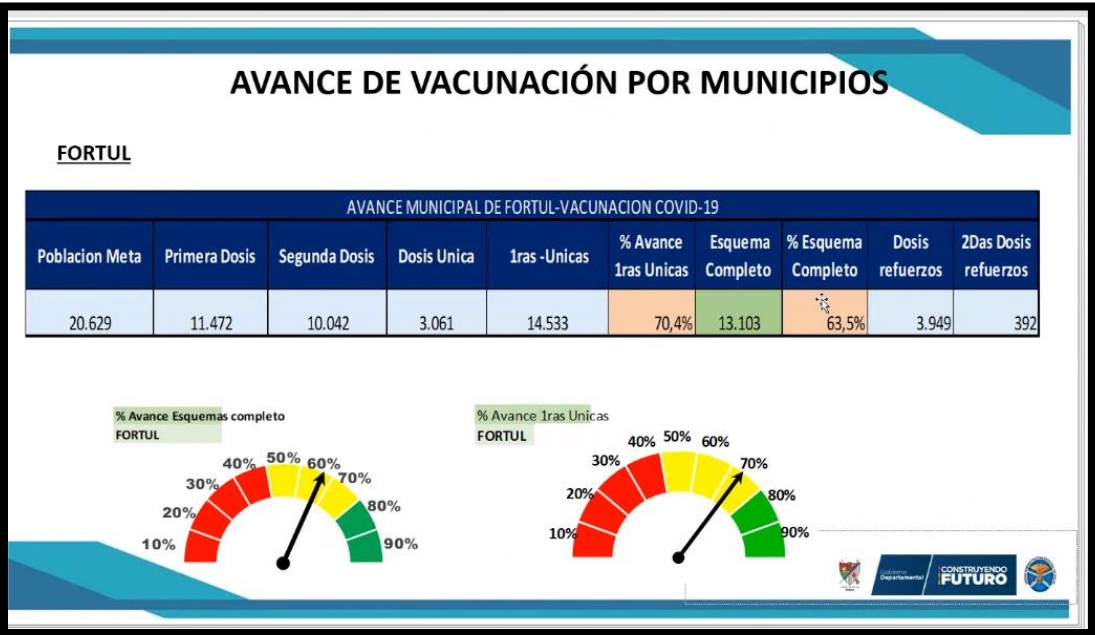
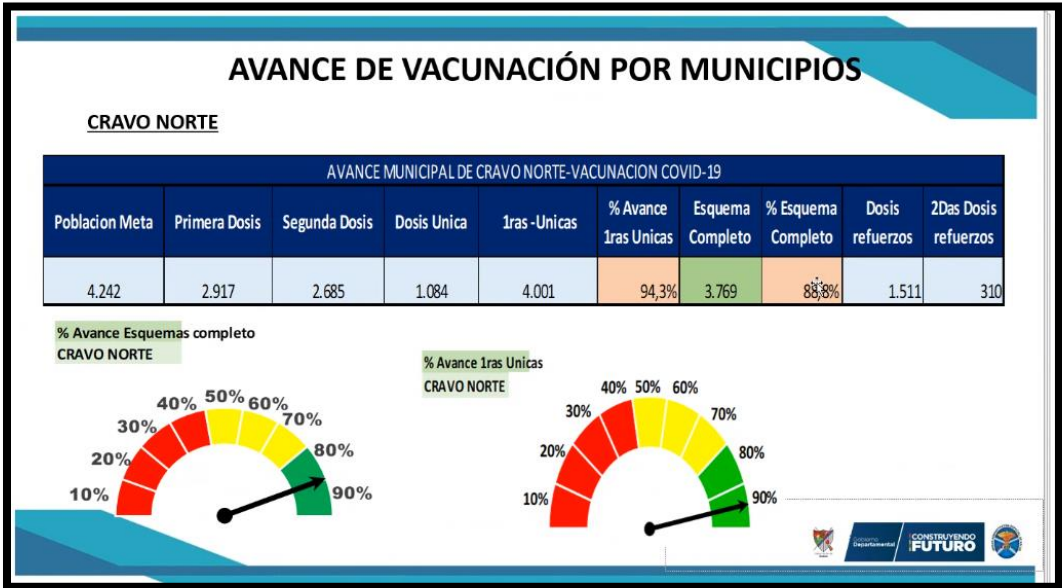
| AÑO | Programa | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Calificación |
|------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|--------------|
| 2021 | Vacunación | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 2.8% | 4.2% | No aceptable |
| 2022 | Vacunación | 7% | 6.6% | 7% | 7% | 7% | 7% | 12.9% | 41.3% | 50.5% | 67% | 76% | 89.4% | Deficiente |
| 2023 | Vacunación | 74.1% | 71.7% | 82.3% | 90.5% | 95.2% | 95.2% | 88.8% | 74.4% | | | | | |

CRAVO NORTE

| AÑO | Programa | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Calificación |
|------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|--------------|
| 2021 | Vacunación | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 50% | 46.6% | 15.7% | 14.2% | 14.2% | 8.5% | 14.2% | No aceptable |
| 2022 | Vacunación | 31.7% | 36% | 37.6% | 38.8% | 38.8% | 34.1% | 49.3% | 50.6% | 76.4% | 76% | 83% | 90.5% | Óptimo |
| 2023 | Vacunación | 73.3% | 69.4% | 69.4% | 64.7% | 64.7% | 60% | 64.4% | 66.80% | | | | | |

En cuanto a las coberturas de del año 2020 al 2023 se han venido presentando un aumento significativo el cual se evidencia en las metas establecidas que si hay municipios que todavía no alcanza un significativo aumento de las coberturas, pero si se tiene en cuenta el proceso del aumento del personal y la elaboración de estrategias para que esto cada día vaya generando mayor cumplimiento.

COBERTURAS DE COVID -19 A NIVEL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL CORTE AL MES DE AGOSTO DEL 2023



AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

ARAUQUITA

AVANCE MUNICIPAL DE ARAUQUITA-VACUNACION COVID-19

| Poblacion Meta | Primera Dosis | Segunda Dosis | Dosis Unica | 1ras -Unicas | % Avance 1ras Unicas | Esquema Completo | % Esquema Completo | Dosis refuerzos | 2Das Dosis refuerzos |
|----------------|---------------|---------------|-------------|--------------|----------------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------------|
| 57.562 | 19.721 | 15.785 | 15.611 | 35.332 | 61,4% | 31.396 | 54,5% | 7.381 | 833 |

% Avance Esquemas completo ARAUQUITA



% Avance 1ras Unicas ARAUQUITA



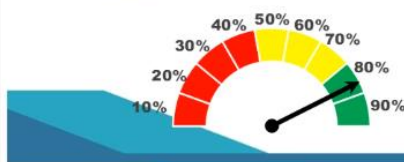
AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

PUERTO RONDÓN

AVANCE MUNICIPAL DE PUERTO RONDON-VACUNACION COVID-19

| Poblacion Meta | Primera Dosis | Segunda Dosis | Dosis Unica | 1ras -Unicas | % Avance 1ras Unicas | Esquema Completo | % Esquema Completo | Dosis refuerzos | 2Das Dosis refuerzos |
|----------------|---------------|---------------|-------------|--------------|----------------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------------|
| 5.036 | 3.133 | 2.757 | 1.551 | 4.684 | 93,0% | 4.308 | 85,5% | 2.251 | 580 |

% Avance Esquemas completo PUERTO RONDON



% Avance 1ras Unicas PUERTO RONDON



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 |
| Araucuita | 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 |



AVANCE DE VACUNACIÓN POR MUNICIPIOS

TAME

| AVANCE MUNICIPAL DE TAME-VACUNACION COVID-19 | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------|---------------|---------------|-------------|--------------|----------------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------------|
| Poblacion Meta | Primera Dosis | Segunda Dosis | Dosis Unica | 1ras -Unicas | % Avance 1ras Unicas | Esquema Completo | % Esquema Completo | Dosis refuerzos | 2Das Dosis refuerzos |
| 50.138 | 30.150 | 24.977 | 9.678 | 39.828 | 79,4% | 34.655 | 69,1% | 10.485 | 1.785 |

% Avance Esquemas completo TAME



% Avance 1ras Unicas TAME

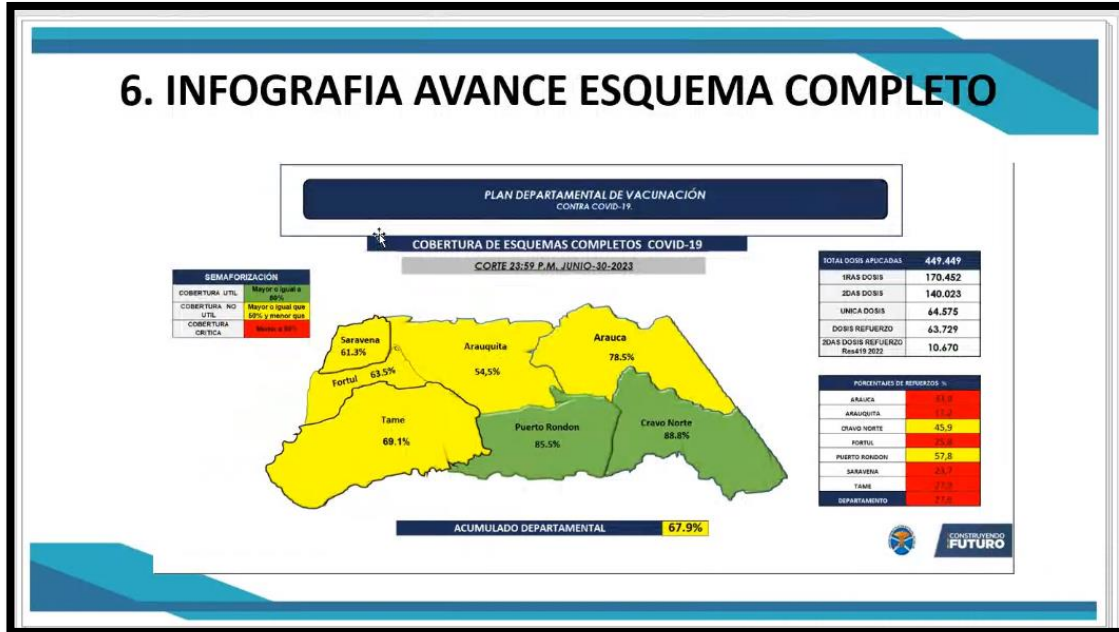


5. AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 16 A 19 AÑOS

| Poblacion 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





Análisis


Durante el año 2020 hasta el año 2023 se generaron estrategias para la elevación de las coberturas de COVID-19 como barridos casa a casa, asistencia a colegios, planes de choque, en las empresas se generaron estrategias, pero el resultado no ha sido tan satisfactorio como se esperaba, no hay mucha receptividad ante el biológico independientemente del biológico que fuera, se generaron muchos disentimientos y no aceptación de manera verbal a la aplicación del biológico a pesar de que se ha ido ampliado las edades para ello no se evidencia tanta receptividad.

3.3 INFORME GESTION DE APOYO DE URGENCIAS/ HOSPITALIZACION.

NUMERO USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Mediante los datos estadísticos durante el tercer trimestre se atendieron usuarios, con respecto al año anterior el cual fue de se observa un aumento relativo del primer trimestre del 2023 es del 7.636 y el segundo trimestre 7245 y en el tercer trimestre 8833 Consultas de urgencias siendo estas en su mayoría por diagnóstico de procesos respiratorios.

Durante en este tercer 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 225 de 365 |

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 JULIO | MES DE AGOSTO | MES DE SEPTIEMBRE |
|-----------------------------------|--------------|---------------|-------------------|
| HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL | 444 | 406 | 413 |
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME | 2075 | 2363 | 2015 |
| CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN | 120 | 124 | 129 |
| HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 711 | 718 | 650 |
| CENTRO DE SALUD PANAMA | 52 | 57 | 73 |
| HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI | 325 | 284 | 258 |
| HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 98 | 120 | 96 |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | 98 | 120 | 96 |
| TOTAL | 2580 | 2523 | 3730 |

Durante el tercer trimestre en nuestra red de prestación de servicios se observó variación en cuanto a los motivos de consulta principalmente siendo esta las afectaciones principales los 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 227 de 365 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|-----|----|-----|----|----|------|---|--------------|
| 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 | 1 | 1 | 0.026 |
| NUMERO TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PERIODO INCLUIDAS EN LA MUESTRA REPRESENTATIVA | 413 | 2015 | 129 | 650 | 73 | 258 | 96 | 96 | 3730 | | |

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 8833 usuarios con un porcentaje 0.32% cumpliendo con lo estipulado por el indicador de medida el cual es del 3 %.

ACTIVIDAD: 120720 8833

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)

| | | | | | | | | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| JULIO | HSFF | HSAT | CSPJ | HSLA | CS P | HSRP | HSJC | HSJD | TOTAL | 16.5 |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----|--------|----|-------|----|-------|---------------|--|
| 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. | 7.489 | 15.620 | 120 | 10.920 | 51 | 6.500 | 0 | 2.070 | 42.770 | |
| | Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias | 444 | 2075 | 120 | 711 | 52 | 325 | 98 | 98 | 2580 | |

| AGOSTO | | HSFF | HSAT | CSPJ | HSLA | CS P | HSRP | HSJC | HSJD | TOTAL | 16.1 |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 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. | 6.855 | 13.440 | 0 | 10.965 | 0 | 7.340 | 0 | 2.070 | 40.670 | |
| | Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias | 406 | 2363 | 124 | 718 | 57 | 284 | 120 | 120 | 2523 | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 229 de 365 |

| SEPTIEMBRE | | HSFF | HSAT | CSPJ | HSLA | CS P | HSRP | HSJC | HSJD | TOTAL | 9.9 |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|---------------|------------|
| 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. | 6.968 | 13.440 | 0 | 9.300 | 0 | 5.520 | 0 | 2.052 | 37.280 | |
| | Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias | 413 | 2015 | 129 | 650 | 73 | 258 | 96 | 96 | 3730 | |


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 8833 pacientes en un tiempo de espera de 13.6 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 III trimestre del 2023.

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 230 de 365 |

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 evidenció 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, II, III y el trimestre del año en curso.

INDICADOR 3. Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización: En el transcurso de del I, II, III 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, segundo y tercer trimestre del 2023.

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

- **ANALISIS:** durante el I, II, III 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, II, III 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 III trimestre 12 neumonías.

INDICADOR 7. Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA): En el transcurso del I, II, III 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, II, III 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 y III trimestres del 2023 se obtuvo un índice de giro cama de 3 días, lo que quiere decir que se mantuvo estable el indicado

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 231 de 365 |

INGRESOS DEL TERCER TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

| HOSPITAL | III TRIMESTRE |
|-----------------------------------------|---------------|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME | 339 |
| HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL | 119 |
| HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 94 |
| HOSPIATL SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 221 |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON | 47 |
| HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI | 158 |
| CENTRO DE SALUD DE PANAMA | 0 |
| CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN | 0 |
| TOTAL | 978 |


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 tercer 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 97 % 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 | III TRIMESTRE |
|-----------------------------------------|---------------|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME | 334 |
| HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL | 108 |
| HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 94 |
| HOSPIATL SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 221 |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON | 47 |
| HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI | 158 |
| CENTRO DE SALUD DE PANAMA | 0 |
| CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN | 0 |
| TOTAL | 962 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 232 de 365 |

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 tercer trimestre hay un ascenso de egresos a comparación del año pasado teniendo un total de egresos de 962 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.

GIRO DE CAMA

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.

| HOSPITALES | Ingresos al servicio hospitalización Tercer trimestre 2023 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME | 3.5 |
| HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL | 2.3 |
| HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 0 |
| HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 15 |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON | 3 |
| HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI | 0 |
| CENTRO DE SALUD DE PANAMA | 0 |
| CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN | 0 |
| TOTAL | 2.9 |

Por medio de los análisis estadísticos durante el tercer 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 233 de 365 |

2018; la, parto y pediatría; brindando el servicio con calidad, seguridad, atención humanizada y comprometidos con el bienestar de nuestra gente.

OCUPACIONALIDAD

Total % Ocupacional de camas


| HOSPITALES | Ingresos al servicio hospitalización III Trimestre 2023 |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME | 43 % |
| HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL | 26 % |
| HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 4.9 % |
| HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 43 % |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON | 1.6% |
| HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI | 0 |
| CENTRO DE SALUD DE PANAMA | 0 |
| CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN | 0 |
| TOTAL | 14.8 |

Tabla. Porcentaje de oportunidad en la Notificación semanal al SIVIGILA.

Por medio de los datos estadísticos durante el segundo trimestre se dio una disminución del 3.3%; en comparación con el anterior año que finalizó con un 14.8 % 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.

3.4 INFORME GESTION VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Durante el Cuatrienio 2020-2023 se adoptan los Lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social teniendo como finalidad orientar el proceso de planeación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, de manera concertada con los cinco municipios en los que hace presencia la ESE y todos los actores del sistema, para garantizar notificación y la atención de la población y el cumplimiento de protocolos y guías, esperando con ello impactar positivamente en la salud de la población de los municipios de Arauquita, Cravo Norte, Fortul, Puerto Rondón y Tame, prestando servicios de manera integral.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  <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 234 de 365 |

Para el Programa de Vigilancia Epidemiológica se realiza la verificación de la Oportunidad en la Notificación semanal de las UPGD, oportunidad en el cargue los RIPS al SIANIESP y la Notificación de los eventos de Interés en Salud Pública de notificación Colectiva e Individual, reporte de las Búsquedas Activas Institucionales-BAI, Operatividad de los Comités de Vigilancia Epidemiológica e Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS.

Oportunidad en la Notificación Semanal UNM SIVIGILA 2022.


Durante los años 2020-2023 las diferentes UPGD de la Red de la ESE Moreno y Clavijo, realizan la Notificación semanal al SIVIGILA de manera oportuna durante las 52 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. Todos los hospitales tienen un 100 % en la oportunidad del reporte.

También se mide que las notificaciones sean Positivas, es decir, que se reporten casos de EISP en cada semana, por lo tanto se observa que los HSFF, HSAT, HSLA, HSRP tienen un 100% en la Positividad de sus notificaciones, solo el HSJD, HSJCN y los Centros de Salud tienen semanas Negativas, es decir no se reporta ningún evento de Interés en Salud Pública en esa semana. Al comparar las vigencias, se evidencia que para el 2023, solo una UPGD de la Red hospitalaria tiene reportes negativos para las 36 semanas reportadas del 2023. Cumplen con sus notificaciones oportunas, pero no se tiene eventos de interés en salud pública en esas semanas.

Tabla N°1. Reporte de las Semanas Epidemiológicas 2020-2023.

| UPGD | VIGENCIA 2023 | | | VIGENCIA 2022 | | | VIGENCIA 2021 | | | VIGENCIA 2020 | | |
|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | SEM EPID POSITIVAS | SEM EPID NEGATIVAS | % REPORTE POSITIVO | SEM EPID POSITIVAS | SEM EPID NEGATIVAS | % REPORTE POSITIVO | SEM EPID POSITIVAS | SEM EPID NEGATIVAS | % REPORTE POSITIVO | SEM EPID POSITIVAS | SEM EPID NEGATIVAS | % REPORTE POSITIVO |
| HSAT- TAME | 36 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% |
| HSLA- ARAUQUITA | 36 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% |
| HSRP- ESMERALDA | 36 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% |
| HSFF- FORTUL | 36 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% |
| HSJCN- CRAVO NORTE | 36 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 51 | 1 | 98% | 48 | 4 | 92% |
| HSJD-PUERTO RONDON | 36 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% | 47 | 5 | 90% |
| CSJUC- PTO JORDAN | 27 | 9 | 75% | 47 | 5 | 90% | 49 | 3 | 94% | 43 | 9 | 83% |
| CS PANAMA DE ARAUCA | 36 | 0 | 100% | 50 | 2 | 96% | 52 | 0 | 100% | 52 | 0 | 100% |

Fuente: SIVIGILA 2022

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 235 de 365 |

OPORTUNIDAD EN REPORTE SIANIEPS- CARGUE AL SIVIGILA


En la práctica de la vigilancia en salud pública los RIPS han sido utilizados en el proceso denominado Búsqueda Activa Institucional (BAI), la cual tiene como objetivo la captación en esos registros, de diagnósticos codificados mediante la X Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE X relacionados o específicos de eventos de interés en salud pública, que posiblemente no hayan sido capturados por el sistema de vigilancia rutinario. Con mayor frecuencia estas BAI han sido utilizadas para eventos transmisibles, específicamente aquellos en eliminación o erradicación. Para automatizar esta búsqueda se incorporó al sistema SIVIGILA la funcionalidad denominada SIANIESP la cual genera estadísticas y establece la concordancia entre los pacientes con diagnósticos específicos de eventos de interés en salud pública en el RIPS y la notificación previa.

Para las vigencias de 2020 - 2023, el Sistema de Información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud pública se realiza cargue de los Rips al SIANIESP 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.

Tabla 2. Porcentaje de Envío de Rips al SIANIESP.

| REPORTE MENSUAL DE RIPS EN EL SIANIEPS | | | | | | |
|----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|---------------|
| UPGD | MESES REPORTADOS 2020 | MESES REPORTADOS 2021 | MESES REPORTADOS 2022 | MESES REPORTADOS 2023 | % ENVÍO | % OPORTUNIDAD |
| HSJD-PUERTO RONDON | 12 | 12 | 12 | 8 | 100% | 100% |
| HSAT- TAME | 12 | 12 | 12 | 8 | 100% | 100% |
| HSLA- ARAUQUITA | 12 | 12 | 12 | 8 | 100% | 100% |
| HSRP- ESMERALDA | 12 | 12 | 12 | 8 | 100% | 100% |
| HSJCN- CRAVO NORTE | 12 | 12 | 12 | 8 | 100% | 100% |
| HSFF- FORTUL | 12 | 12 | 12 | 8 | 100% | 100% |
| CSJJC- PTO JORDAN | 12 | 12 | 12 | 8 | 100% | 100% |
| CS PANAMA DE ARAUCA | 12 | 12 | 12 | 8 | 100% | 100% |

Fuente: SIVIGILA UAESA

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  <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 236 de 365 |

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA – SIVIGILA ESE MORENO Y CLAVIJO 2020-2023.

Durante las 52 semanas epidemiológicas de los años 2020-2022 y las 36 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 en las notificaciones Individuales y en la 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 reporte de 25.176 casos durante la vigencia 2020 y de 2023. y al realiza una comparación de los casos notificados en el 2020 (5947) y los (5559) que se ha notificado del 2023 se observa una disminución de 388 casos notificados. Para el Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón se Observa un incremento de 405 casos, para el Hospital San José de Cravo Norte también se incrementaron los casos en 97 reportes por encima del 2020, el Hospital San Francisco de Fortul reporta un incremento 77 casos comparado con el 2020, para los Hospitales San Lorenzo, San Ricardo Pampuri y Centro de Salud de Panamá que forman las sedes de Arauquita, que reportan una disminución de 382 casos y para la zona de Tame con el Hospital San Antonio de Tame y el Centro de Salud Juan de Jesus Coronel de Puerto Jordan que reportan 585 casos menos que la vigencia 2020.

Otra de las Notificaciones colectivas son las Enfermedades Diarreicas Agudas- EDAs- que durante los cuatro años se realizó la notificación al SIVIGILA, un total de 7.059 casos, y al realiza una comparación de los casos notificados en el 2020 (1591) y los (1958) que se ha notificado del 2023 se observa un incremento de 367 casos.

Al desagregarlos por cada una de las 8 UPGD que conforman la Red encontramos que para el Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón tiene un incremento de 41 casos frente al año 2020, el Hospital San José de Cravo Norte tiene 7 casos más notificados para el 2023, el Hospital San Francisco de Fortul reporta 79 casos más para la vigencia evaluada, para Arauquita que recopila los datos de los Hospitales San Lorenzo, San Ricardo Pampuri y el Centro de Salud de Panamá se observa un incremento de 269 casos para el 2023, y para Tame que agrupa los datos del Hospital San Antonio de Tame y el Centro de Salud Juan de Jesús Coronel se obtiene un reporte de 83 casos más.


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 237 de 365 |


Tabla N 3- Notificaciones Colectivas

| UPGD | MORBILIDAD IRA | | | | |
|---------------------|----------------|---------------|---------------|----------------------------|------------|
| | VIGENCIA 2020 | VIGENCIA 2021 | VIGENCIA 2022 | VIGENCIA 2023+ a semana 36 | DIFERENCIA |
| HSJD-PUERTO RONDON | 73 | 148 | 336 | 478 | + 405 ↑ |
| HSJCN- CRAVO NORTE | 62 | 43 | 196 | 159 | + 97 ↑ |
| HSFF- FORTUL | 755 | 923 | 531 | 832 | + 77 ↑ |
| HSLA- ARAUQUITA | 2443 | 3462 | 2720 | 2061 | - 382 ↓ |
| HSRP- ESMERALDA | | | | | |
| CS PANAMA DE ARAUCA | | | | | |
| HSAT- TAME | 2614 | 3299 | 2012 | 2029 | - 585 ↓ |
| CSJJC- PTO JORDAN | | | | | |
| TOTAL | 5947 | 7875 | 5795 | 5559 | - 388 ↓ |

| UPGD | MORBILIDAD EDA | | | | |
|---------------------|----------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------------|
| | VIGENCIA 2020 | VIGENCIA 2021 | VIGENCIA 2022 | VIGENCIA 2023 * SEMANA 36 | DIFERENCIA ENTRE 2020 Y 2023 |
| HSJD-PUERTO RONDON | 17 | 25 | 39 | 58 | + 41 ↑ |
| HSJCN- CRAVO NORTE | 13 | 35 | 66 | 20 | + 7 ↑ |
| HSFF- FORTUL | 255 | 346 | 336 | 334 | +79 ↑ |
| HSLA- ARAUQUITA | 396 | 686 | 699 | 665 | +269 ↑ |
| HSRP- ESMERALDA | | | | | |
| CS PANAMA DE ARAUCA | | | | | |
| HSAT- TAME | 798 | 656 | 622 | 881 | +83 ↑ |
| CSJJC- PTO JORDAN | | | | | |
| TOTAL | 1591 | 1748 | 1762 | 1958 | + 367 ↑ |

b. Notificación Individual.

En la Red Hospitalaria de la Red Moreno y Clavijo, cada semana se realiza la Notificación de los eventos de Interés en salud pública individual dependiendo si es una notificación


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 238 de 365 |

inmediata, superinmediata o semanal. Dependiendo de los lineamientos del Instituto Nacional de Salud. Para el año 2020 se reportaron 3.874 casos, para el 2021 se reportaron 3838 casos y para el 2022 se evidencia un reporte de 2990 asos, en las 36 semanas notificadas del 2023 se consolidan 2165 casos. Durante los años 200 y 2021 fue la época de la pandemia lo que hace que los casos se incrementen, para el 2023 desciende la notificación porque ya no es obligatoria la toma de la muestra lo que refleja la disminución de las mismas.

En primer lugar se encuentran las notificaciones de Ira por Virus nuevo en cada uno de los años analizados, en segundo lugar se encuentran las notificaciones de la Vigilancia de salud pública de las violencias de género e intrafamiliar, las agresiones por Animal potencialmente transmisor de rabia se encuentra en el tercer lugar de las notificaciones individuales, en cuarto lugar se evidencian los casos de Dengue, le siguen los accidentes ofídicos, las Intoxicaciones, las desnutriciones agudas en menores de 5 años, entre otros.

Tabla N 4- Notificaciones Individuales

| EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA NOTIFICADOS | 2020 | 2021 | 2022 | 2023* SEM 36 |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| IRA POR VIRUS NUEVO | 2304 | 2477 | 994 | 550 |
| VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR | 326 | 288 | 386 | 300 |
| AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA | 319 | 359 | 375 | 275 |
| DENGUE | 249 | 120 | 666 | 593 |
| ACCIDENTE OFÍDICO | 82 | 82 | 81 | 57 |
| INTOXICACIONES | 64 | 30 | 38 | 43 |
| SIFILIS GESTACIONAL | 63 | 79 | 69 | 27 |
| DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS | 132 | 73 | 81 | 66 |
| INTENTO DE SUICIDIO | 87 | 70 | 67 | 53 |
| MALARIA | 26 | 10 | 12 | 9 |
| VARICELA INDIVIDUAL | 46 | 23 | 49 | 38 |
| BAJO PESO AL NACER | 19 | 20 | 16 | 2 |
| TUBERCULOSIS | 21 | 23 | 23 | 20 |
| MORBILIDAD MATERNA EXTREMA | 14 | 43 | 29 | 15 |
| LEPRA | 4 | 2 | 5 | 3 |
| LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL) | 5 | 6 | 3 | 2 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 239 de 365 |


| | | | | |
|-------------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| PAROTIDITIS | 7 | 6 | 5 | 8 |
| DENGUE GRAVE | 2 | 2 | 3 | 2 |
| LEISHMANIASIS CUTANEA | 9 | 16 | 13 | 3 |
| MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA | 3 | 13 | 11 | 5 |
| SIFILIS CONGENITA | 6 | 7 | 7 | 0 |
| VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA | 10 | 5 | 6 | 11 |
| CHAGAS CRONICO | 18 | 22 | 15 | 24 |
| HEPATITIS A | 2 | 3 | 0 | 0 |
| HEPATITIS B, C Y CONFECCION B-D | 1 | 1 | 3 | 18 |
| ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA) | 13 | 29 | 15 | 22 |
| ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS ETAS (BROTOS) | 24 | 20 | 10 | 8 |
| VARICELA COLECTIVO | 13 | 1 | 2 | 3 |
| MORTALIDAD POR IRA, EDA Y DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS | 2 | 1 | 2 | 1 |
| ENFERMEDADES HUERFANAS RARAS | 1 | 0 | 0 | 0 |
| CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO | 2 | 7 | 4 | 7 |
| TOTAL | 3874 | 3838 | 2990 | 2165 |

Fuente: SIVIGILA 2020-2023

VIGILAR EL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DEL ENVIÓ DE LA BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL (BAI)

Durante los años 2020 al 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.

Las 8 UPGD adscritas a la Red se realiza semanalmente el envío de la BAI de IRA, Dengue, Inmunoprevenibles, EAPV, y de Manera Mensual (IRA, ETV, inmunoprevenibles), 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 240 de 365 |

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.

Tabla N 5- Notificaciones Individuales


| BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL - BAI | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------|------------------|
| UPGD | SEMANAS CON REPORTE DE BAI 2020- 2022 | MESES REPORTADOS 2022 | SEMANAS CON REPORTE DE BAI 2023 | MESES REPORTADOS 2023 | % ENVÍO | % OPORTUNIDAD |
| HSJD-PUERTO RONDON | 52 | 12 | 36 | 8 | 100% | 100% |
| HSAT- TAME | 52 | 12 | 36 | 8 | 100% | 100% |
| HSLA- ARAUQUITA | 52 | 12 | 36 | 8 | 100% | 100% |
| HSRP- ESMERALDA | 52 | 12 | 36 | 8 | 100% | 100% |
| HSJCN- CRAVO NORTE | 52 | 12 | 36 | 8 | 100% | 100% |
| HSFF- FORTUL | 52 | 12 | 36 | 8 | 100% | 100% |
| CSJJC- PTO JORDAN | 52 | 12 | 36 | 8 | 100% | 100% |
| CS PANAMA DE ARAUCA | 52 | 12 | 36 | 8 | 100% | 100% |

Fuente: Formatos BAI

FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD PÚBLICA:

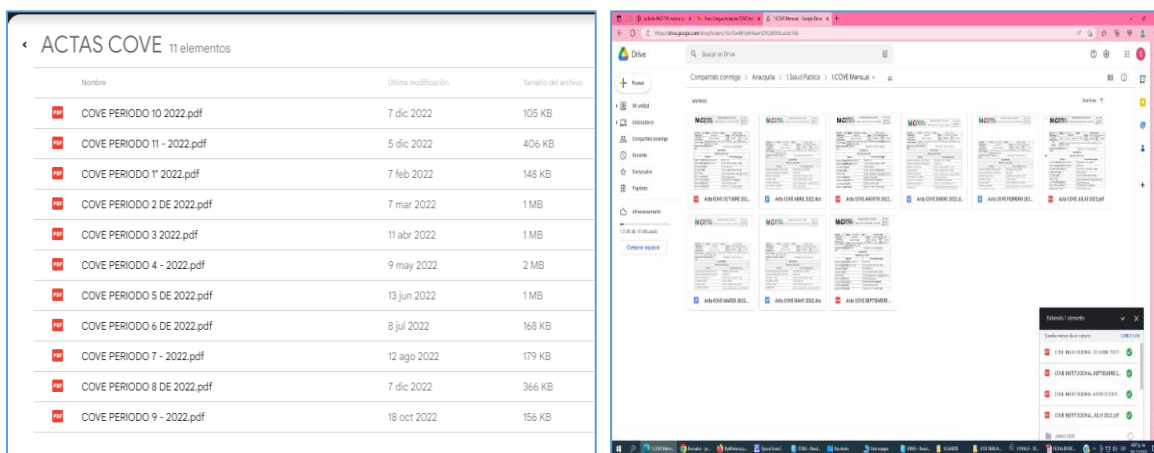
Durante la vigencia de 2020 y 2023 en cada Hospital y Centros de salud se realiza mes a mes los Comités de Vigilancia Epidemiológica y de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), donde se realiza el Análisis de los eventos de Interés en Salud Pública notificados al SIVIGILA, y de las atenciones en Salud que pueden afectar a los usuarios.

El Comité de Vigilancia Epidemiológica –COVE- es el responsable de captar la ocurrencia de Eventos de Interés en Salud Pública en la IPS y generar en forma oportuna y continua información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad, según los modelos y protocolos de vigilancia que se establezcan en el sistema. Además, coordinar la participación de las IPS en las estrategias de vigilancia planteadas por la autoridad sanitaria del Ente Territorial con las prioridades en salud pública para prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva en su área de influencia. También, es la instancia responsable de sensibilizar al equipo de salud en la importancia del cumplimiento de las normas de bioseguridad y asepsia en la atención en salud para prevenir las infecciones

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 241 de 365 |

intrahospitalarias, orientar la búsqueda activa de casos de infección intrahospitalarios en los servicios y gestionar las acciones necesarias para detectar y controlar oportunamente las fuentes, factores de riesgo y brotes de infección en la IPS

Las actas de los Comités se suben al Drive de las diferentes EAPB con las cuales la ESE MYC tiene contratación.



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: (Número de niños menores de 18 meses con diagnóstico de VIH/sida hijos de madres VIH/sida) / (Número de menores de 18 meses hijos de madres con VIH/sida).

Durante el 2020- 2023 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 la vigencia 2020-2022 y los meses del año 2023.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 242 de 365 |

| INDICADOR 1. Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH. | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Año 2020 - 2022 | Año 2023- Sem 36 |
| No se presentaron casos de niñas y niños menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH, durante los años 2020- 2022. | En lo que va corrido del año 2023 No se presentaron casos de niñas y niños menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH. |

INDICADOR 2.

- **Tasa de mortalidad perinatal.**

Durante el periodo del 2020- 2022 se reportaron Mortalidades Perinatales en la Red hospitalaria de la ESE MYC con una tasa para el año 2020 de 2.80 x mil nacidos vivos, para el 2021 la tasa es de 12.10 x mil NV, para el 2022 es de 10.98 por mil NV. En lo corrido del 2023 se han reportado 5 casos lo que representa una Tasa de 32.54 por mil Nacidos vivos en este periodo


| INDICADOR 2. Tasa de mortalidad perinatal | | | | | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|
| Año 2020 | Tasa x mil NV 2020 | Año 2021 | Tasa x mil NV 2021 | Año 2022 | Tasa x mil NV 2022 | Año 2023 | Tasa x mil NV 2023 |
| 3 | 2,80 | 13 | 12,10 | 11 | 10,98 | 5 | 32.54 |

INDICADOR 3.

- **Relación morbilidad materna extrema (MME)/ Muerte materna temprana (MM)**

FORMULA: (Número de casos de MME) / (Número de casos de muerte materna (42 días)

Durante la vigencia 2020- 2023 se observa la notificación de las Morbilidades Maternas Extremas que son remitidas a un segundo nivel de atención, las Mortalidades maternas son reportadas en otras instituciones en pocas oportunidades ocurren en las instituciones de la red. Con la información reportada se evidencia que para el 2020 se observa una relación de 13 MME y de ellas se reportaron 2 MM, para el 2021 se reportaron 43 MME y una muerte MM, para el 2022 se tiene una relación de 2 MM por 29 casos de MME reportados. Y para

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 243 de 365 |

el 2023 a la fecha se tiene una relación de 1 muerte Materna por 15 reportes de Morbilidades Maternas Extremas.

| INDICADOR 2. Relación Morbilidad Materna Extrema (MM)/ Muerte Materna temprana (MM) | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Relación MME/MM 2020 | Relación MME/MM 2021 | Relación MME/MM 2022 | Relación MME/MM 2023 |
| 14/2 | 43/1 | 29/2 | 15/1 |

INDICADOR 4.

- **Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE**

FORMULA: Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.

Durante la vigencia 2020 - 2023 en la Red hospitalaria se atienden partos de Gestantes con Sífilis Gestacional no tratadas o diagnosticadas en el momento del parto, lo que conlleva a un producto con sífilis Congénita esto representa una mala adherencia a los programas de PYM. Para la vigencia 2020 se reportaron 6 casos, para el 2021 y 2022 se notificaron 7 casos respectivamente y en las 36 semanas epidemiológicas reportadas en el 2023 no se han atendido ni reportado casos de Sífilis Congénita en la red hospitalaria de la Red.


| INDICADOR 4. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| 6 | 7 | 7 | 0 |

3.5 CONSULTA EXTERNA

La atención de la consulta externa es una de las necesidades más solicitadas en el primer nivel, esta puede ser solicitada para diversos 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.

El proceso de consulta externa para nuestra entidad va centrado en el usuario teniendo en cuenta que la satisfacción de su atención hace posible que se generen expectativas de

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 244 de 365 |

excelencia y aquellos indicadores de calidad para los que trabajamos cada día con el aporte de nuestros trabajadores de toda la red.

ANÁLISIS: En el 3 trimestre se realizó un total de 30.121 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, a la fecha con un total de los 3 trimestres de 94.993 tal como se evidencia en la tabla según la sumatoria.

| VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO 2023 | | | |
|--------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| HOSPITALES / CENTROS DE SALUD | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE |
| Hospital San Francisco de Fortul | 9.073 | 8.621 | 9.870 |
| Hospital San Antonio de Tame | 7.037 | 6.638 | 6.291 |
| Hospital San Lorenzo de Arauquita | 8.085 | 13.700 | 7.346 |
| Hospital San Ricardo Pampuri | 4.299 | 1.898 | 2.848 |
| Hospital San Juan de Dios de puerto Rondón | 1.015 | 998 | 942 |
| Hospital San José de Cravo N | 769 | 1.553 | 1.653 |
| Centro Salud de Panamá de Arauca | 112 | 432 | 314 |
| Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán | 287 | 355 | 857 |
| Total | 30.677 | 34.195 | 30.121 |
| Total de trimestres | | | 94.993 |

Fuente: informes de Gestión Instituciones


Análisis:

ODONTOLOGIA

- La odontología es una especialidad médica que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y trastornos que afectan la boca y los dientes. El odontólogo es el profesional que se encarga de brindar estos servicios y es un experto en el cuidado y tratamiento de los dientes, encías, lengua, mandíbula y otras estructuras de la boca.

La odontología abarca una amplia variedad de servicios, desde el tratamiento de caries y la realización de limpiezas dentales, hasta la realización de cirugías orales y la colocación de prótesis dentales. Los odontólogos también pueden ofrecer tratamientos de ortodoncia para corregir problemas de mordida y alineación de los dientes. Incluso procedimientos de blanqueamiento dental para mejorar la apariencia de los dientes.

- **Hospital San Francisco de Fortul:** Para el tercer trimestre del año 2023 el área de odontología registra un aumento en la producción debido a la masiva llegada de


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 245 de 365 |

pacientes para inicio de sus tratamientos odontológicos, que se visualiza mayormente en el mes de septiembre. 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 | III TRIMESTRE 2023 |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES) | 2499 | 2521 | 2955 |
| NUMERO DE SESIONES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS | 816 | 962 | 801 |
| TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS | 0 | 0 | 0 |
| SELLANTES APLICADOS | 1949 | 1513 | 2089 |
| SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL) | 2863 | 2671 | 3205 |
| EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO) | 233 | 279 | 326 |
| Total de los trimestres de consultas que contienen procedimiento. | | | 7.975 |

- **Hospital San Antonio de Tame:** Se observa que la producción del tercer trimestre del año 2023 presentó un aumento en la mayoría de los procedimientos con respecto a la producción del primer y segundo trimestre del año 2023 en las actividades correspondientes a odontología e higiene oral. El aumento para el presente trimestre se debe al aumento de la demanda del servicio correspondiente al mes de septiembre


| PRODUCCION | TOTAL, PRIMER TRIMESTRE 2023 | TOTAL, SEGUNDO TRIMESTRE 2023 | TOTAL, TERCER TRIMESTRE 2023 |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES) | 1650 | 1705 | 2056 |
| TELECONSULTA POR ODONTOLOGIA. | 1401 | 1606 | 1903 |
| NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS | 2783 | 3180 | 3660 |
| TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS | 46 | 64 | 126 |
| SELLANTES APLICADOS | 1945 | 2087 | 1842 |
| SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL) | 1591 | 2258 | 2149 |
| EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO) | 57 | 69 | 64 |
| Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento. | | | 5.411 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 246 de 365 |

- Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Comparando el III trimestre con el II trimestre, se analiza que se presentó un aumento en casi todas las actividades realizadas en el área de odontología como fueron las valoraciones, numero de sesiones de odontología (consultas control), superficies obturadas. En higiene oral hubo una disminución en cuanto a sellantes aplicados, pero dando cumplimiento a las metas de promoción y mantenimiento.

| | PROCEDIMIENTOS | I TRIMESTRE 2023 | II TRIMESTRE 2023 | III TRIMESTRE 2023 |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| ODONTOLOGIA | CONSULTAS ODONTOLOGICAS REALIZADAS (VALORACIONES) | 3236 | 3353 | 3.653 |
| | NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS | 210 | 617 | 662 |
| | TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS | 58 | 30 | 31 |
| | SELLANTES APLICADOS | 1798 | 2012 | 1775 |
| | SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL) | 1709 | 1720 | 1850 |
| | EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO) | 354 | 341 | 319 |
| | Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento. | | | |

- Hospital San Ricardo Pampuri:** 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 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. Las citas odontológicas del segundo trimestre fueron 1238 y en el tercer trimestre se nota un aumento, con un total de 1295 consultas durante los tres meses, se observó un aumento a pesar de la semana que no contamos con la odontóloga.
- Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el trimestre se realizó un total de 1.290 procedimientos de odontología durante el trimestre. Evidenciándose que el 44% de los procedimientos fueron consultas, el 19% aplicación de sellantes,


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 247 de 365 |

Exodoncias (cualquier tipo) 5%, Superficies obturadas (cualquier material) 22%. El procedimiento que menos se realizó fu exodoncias.

| PRODUCCIÓN | I TRIMESTRE 2023 | II TRIMESTRE 2023 | III TRIMESTRE 2023 |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES) | 237 | 518 | 567 |
| NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS | 175 | 234 | 124 |
| TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS | 0 | 0 | 0 |
| SELLANTES APLICADOS | 154 | 295 | 247 |
| SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL) | 123 | 286 | 289 |
| EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO) | 29 | 73 | 63 |
| Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento. | | | 1.322 |

- Hospital San José de Cravo Norte:** Se puede evidenciar que en el transcurso del trimestre el número de consultas odontológicas se vio afectada por algunas fallas de equipos biomédico. 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. Sin embargo, estamos sujetos al plan de contingencia que se estableció por la novedad que mencione anteriormente, lastimosamente nos vimos en la obligación de realizar unos ajustes que dejan el funcionamiento del área en un porcentaje menor al que se venía realizando en meses anteriores. Como estrategia para mejorar las metas se está realizando actividades extramurales con un equipo interdisciplinar según la normatividad de la resolución 3280.

| PRODUCCIÓN | I TRIMESTRE 2023 | II TRIMESTRE 2023 | III TRIMESTRE 2023 |
|---------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES) | 805 | 501 | 529 |
| NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS | 2.309 | 1827 | 2031 |
| TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS | 0 | 14 | 72 |
| SELLANTES APLICADOS | 263 | 436 | 347 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 248 de 365 |


| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------|
| SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL) | 229 | 305 | 279 |
| EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO) | 17 | 43 | 52 |
| Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento. | | | 1.835 |

- **Centro de Salud Panamá de Arauca:** Durante el tercer trimestre del año 2023, tampoco se logra cumplir las metas ya que no contamos con personal de planta disponible, 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. Se realizaron un total de 176 consultas atendidas de odontología general y 61 consultas de odontología PYM.
- **Centro de Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán:** observamos que en las consultas de odontología para este tercer trimestral hubo un gran aumento, en comparación del trimestre anterior, teniendo en cuenta que al tener otro médico en consulta externa hay más cantidad de paciente y en el momento son canalizados y algunos aprovechan para sacar cita y pasar a la consulta odontológica, también radica en que el odontólogo se trasladaba 4 veces al mes para el centro de Salud de Panamá, ahora solo asiste 2 veces al mes. Sin embargo, como el flujo de pacientes aumento se están quedando muchos sin citas.

| PRODUCCION | II TRIMESTRE 2023 | III TRIMESTRE 2023 |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES) | 360 | 643 |
| NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS | 159 | 263 |
| TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS | 0 | 0 |
| SELLANTES APLICADOS | 0 | 0 |
| SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL) | 457 | 464 |
| EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO) | 44 | 58 |
| Total, de los trimestres de consultas que contienen procedimiento. | | 1.003 |

SALA DE PARTOS

Nuestro servicio ofrecido a la comunidad es el significado de la estabilidad tanto emocional de una familia con la generación de la tranquilidad porque; el recibir un ser querido es dimensionar también el recurso económico que pueda generar durante los traslados a otras instituciones lejanas, es por eso que como institución se ha venido trabajando en fortalecer las infraestructuras, el talento humano con el fin que nuestras usuarias reciban la


| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8 | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 249 de 365 |

satisfacción de este significado del servicio, que la futura madre pase por una sala de trabajo de parto a una sala de parto y, después del parto, a una habitación en buenas condiciones para su proceso de amamantamiento y así mismo reciban el acompañamiento de sus familias teniendo en cuenta que es un paso importante para estabilidad y bienestar. Pero más sin embargo se observa afluencia en la atención en los centros de salud vinculados a nuestra red. En la siguiente tabla se relacionan los partos atendidos en las instituciones adscritas a la ESE MYC que durante III TRIMESTRE DEL 2023 se atendieron


| VIGENCIA 2023 | | | |
|--------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|
| HOSPITALES- PARTOS | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE |
| Hospital San Francisco de Fortul | 11 | 15 | 12 |
| Hospital San Antonio de Tame | 57 | 46 | 38 |
| Hospital San Lorenzo de Arauquita | 25 | 18 | 28 |
| Hospital San Ricardo Pampuri | 6 | 4 | 1 |
| Hospital San Juan de Dios | 4 | 3 | 3 |
| Hospital San José de Cravo N | 2 | 0 | 6 |
| Centro Salud de Panamá de Arauca | 1 | 1 | 0 |
| Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán | 0 | 0 | 0 |
| Total por cada trimestre | 106 | 87 | 88 |
| Totales de trimestres | | | 281 |

Se observa en la tabla con los comparativos con los trimestres, y haciendo un análisis de posiciones se evidencia que donde hubo más procesos de partos para el Hospital San Antonio de Tame con un consecutivo durante los 3 trimestres con 141 partos en su totalidad, así mismo según orden de cantidades sería Hospital San Lorenzo de Arauquita con 71, ocupando un tercer lugar el Hospital San Francisco de Fortul con 38 partos durante los 3 trimestres reflejados, dejando así a los demás Hospitales como San Ricardo Pampuri con 11 partos, San Juan Dios de Puerto Rondón con 10, Cravo norte 8 partos, 2 para el centro de salud de Panamá y 0 para el Centro de Salud Juan Jesús Coronel, para una totalidad de 281 partos a la fecha.

- Hospital San Antonio de Tame:** El número de partos en TERCER trimestre del año 2023 con respecto al SEGUNDO trimestre del año 2023 disminuyó en un 4.9%. Siendo el mes de SEPTIEMBRE en donde se presentó mayor número de partos con un total de 14 partos para el mismo. Cabe destacar que se realiza la comparación entre los dos cuadros con los datos proporcionados y 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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 250 de 365 |

- **Centro de Salud de Panamá:** No se tiene habilitado el servicio de partos, únicamente se atienden los partos que llegan en periodo expulsivo, para el tercer trimestre no se presentó ninguno.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** Según los datos suministrados por estadística se encuentran una disminución de partos atendidos, el cual fueron en el mes de JULIO (0), AGOSTO (0) y SEPTIEMBRE con (1). Siendo el mes con mayor número de partos. Para un total en el tercer trimestre de (1) Partos vaginales sin endometritis. Además, se evidencia que en el primer trimestre se presentaron más partos y en los diferentes meses.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Según la del Hospital San Lorenzo de Arauquita se deduce que: Durante el tercer y segundo trimestre de 2023 se presentaron 46 partos intrahospitalarios (correspondientes al 100%), de los cuales en el tercer trimestre de 2023 se registró 28 casos (60,8 %), y en el segundo trimestre de 2023 se registraron 18 casos (21,6%). Se observó un aumento en cuanto a la incidencia de partos en aproximadamente el 21,6% (10 casos).
- **Hospital San Francisco de Fortul:** Por medio de los análisis y estudios estadísticos en el tercer trimestre del presente año se realizó la atendido de 12 parto presentando un descenso del 25% respecto al trimestre anterior; este descenso puede estar relacionado que la mayor parte de las maternas que consultaron para la atención del parto eran partos de alto riesgo por tal razón se remitió a segundo nivel ya que en nuestra institución no hay ginecólogo y la complejidad de la institución no permite la atención de estos partos.
De estos partos atendidos en nuestra institución 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 antes del egreso se garantizó el método de planificación familiar teniendo en encuentra el criterio de elegibilidad; 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 33% de los mismos fueron en cada uno de los meses correspondientes al trimestre.
- **Hospital San José Cravo Norte:** Durante el trimestre hubo 6 partos institucionales los cuales genera acción oportuna en nuestra institución para las eventualidades que se presente con respecto a la ruta materno perinatal.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 365 |

3.6 INFORME GESTION APOYOS DIAGNOSTICOS

❖ EXAMENES DE LABORATORIO:


La idea del procesamiento de laboratorios es una gestión de contratos realizados ante las EPS, que se organizan con el fin de generar diagnósticos oportunos y tratamientos precoces que ayudan a todos nuestros usuarios estabilidad y bienestar.

La red de la ESE MORENO Y CLAVIJO está comprometida cada día a brindar servicios óptimos, seguros y efectivos.

| HOSPITALES- CENTROS DE SALUD | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE |
|--------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| Hospital San Francisco de Fortul | 21.840 | 17.610 | 20.646 |
| Hospital San Antonio de Tame | 33.118 | 53.716 | 47.622 |
| Hospital San Lorenzo de Arauquita | 42.355 | 42.254 | 49.291 |
| Hospital San Ricardo Pampuri | 12.016 | 11.335 | 12.387 |
| Hospital San Juan de Dios Rondón | 5.164 | 2.874 | 5.834 |
| Hospital San José de Cravo N | 4.452 | 1.016 | 2.932 |
| Centro Salud de Panamá de Arauca | 2.393 | 2.215 | 2.602 |
| Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán | 3.030 | 2.939 | 5.251 |
| Total, por trimestre | 121.975 | 133.959 | 146.565 |
| Total, de laboratorios en la RED | | | 402.499 |


Fuente: Informes de Gestión Instituciones

- ✓ **Hospital San Francisco de Fortul:** En el consolidado de procedimientos de laboratorio clínico correspondientes al TERCER TRIMESTRE del 2023 se puede observar una gráfica, donde mes a mes va en aumento la cantidad de laboratorios procesados mantiene la cantidad de procedimientos, con un comportamiento uniforme y un porcentaje con tendencia al aumento en cuanto a la variación mes a mes en dicha cantidad total de procedimientos realizados a la población asignada. Se trabaja en coordinación con las demás áreas y diferentes programas para dar cumplimiento a metas en su totalidad de los diferentes programas ofertados en nuestra institución. Cabe resaltar que se cuenta con insumos y equipos biomédicos necesarios para la demanda de pacientes atendidos. El personal de laboratorio trabaja de forma articulada con las demás áreas que realizan canalización de pacientes para los diferentes programas y brindar de esta manera, un mejor y oportuno servicio con calidad. Durante el tercer TRIMESTRE del año 2023 se observa que la cantidad de laboratorios realizados fueron un total de 20.646 donde el comportamiento nos muestra una variación alta en el porcentaje de los totales, en comparación con el trimestre anterior.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 252 de 365 |

Este tercer TRIMESTRE del 2023 se puede notar que la cantidad de procedimientos mes a mes se mantuvo con porcentajes muy uniforme, pero en mayor cantidad comparados con los meses anteriores, Esto debido al trabajo en equipo y al esfuerzo que se hace en el área del laboratorio a pesar de que se requiere un bacteriólogo más en esta área. Se realiza canalización oportuna de pacientes desde el área de PyM, facturación y laboratorio, para dar cumplimiento con las metas establecidas en cada periodo, para los diferentes programas, es de resaltar que para este periodo se contó con los insumos y equipos biomédicos necesarios para poder realizar los procedimientos, y dar continuidad a los programas. se dio un aumento considerable en el servicio de urgencias, los cuales también aportaron para que el porcentaje de procedimientos aumentara en este periodo. Seguiremos trabajando de manera articulada, y en equipo, para brindar un servicio eficiente y con calidad a nuestros usuarios, pero se hace necesario la asignación de otro bacteriólogo en el servicio ya que la demanda de pacientes es muy alta en todas las dependencias y la insatisfacción por parte de ellos en cuanto a la atención inmediata esta aumentado cada día más, a pesar de los esfuerzos por atender la mayor población posible, al punto de formarse, altercados, desorden, agresiones verbales no solo para el personal que laboramos si no entre los mismos usuarios. Quedo atenta a una pronta respuesta positiva que pueda resolver el problema y aumentar el porcentaje de procedimientos y la satisfacción de los usuarios.

- **Hospital San Antonio de Tame:** En comparación con el segundo trimestre del año 2023, se evidencia una ligera disminución en el número de usuarios atendidos, y en el número de procedimientos realizados. Se trabaja en el nuevo software salud 360. Se evidencia mayor cantidad de exámenes por orden médica y mayor solicitud de órdenes de controles de los pacientes de urgencias y hospitalizados. También se evidencia aumento en el número de solicitudes médicas por paciente en el servicio de urgencias, lo cual se deja en seguimiento con el fin de evaluar la pertinencia médica por sus pares. Todo siguiendo los lineamientos para la atención en salud.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** para el tercer trimestre del año 2023 se observa un aumento en la producción con un total de 49291 exámenes procesados durante el tercer trimestre del año.
Se observa un aumento creciente en el tercer trimestre en los exámenes procesados en el servicio de laboratorio clínico ordenados por urgencias, promoción mantenimiento de la salud y consulta externa con respecto al segundo trimestre.
Se envían en el tercer trimestre a procesamiento de exámenes especializados 201 muestras, esto para dar cumplimiento a la subcontratación de especializados con Biosamar. Se envían 23 muestras para análisis de TSH neonatal a el laboratorio fronterizo y Biosamar, Se observa un aumento con respecto al segundo trimestre del año 2023.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 253 de 365 |

- **Hospital San Ricardo Pampuri:** 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, mientras que para el tercer trimestre se realizó un aumento de 1.052 con respecto al segundo trimestre en el laboratorio.
- **Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el trimestre se procesaron 5834 muestras, de las cuales el 49% fueron procesadas para el área de PYM; siendo el de mayor porcentaje. El 40% se consulta externa y el 9% en urgencias y el 2% 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:


JULIO: URGENCIAS 123, PyM 736 y C EXT. 1002.

AGOSTO: URGENCIAS 201, PyM 777 y C EXT. 871.

SEPTIEMBRE: URGENCIAS 241, PyM 473 y C EXT 827.

Según información observamos que la producción de laboratorio en este tercer trimestre hubo un aumento significativo, esto debido a que en urgencias el medico ha estado ingresando más a los pacientes y en consulta externa ya contamos con otro médico el cual hace consulta externa y PyM, también tuvimos un apoyo de medico por parte del Hospital San Antonio de Tame por un mes y así logramos atender a muchos más usuarios. 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 médico, 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 tercer trimestre se brindó el servicio de 2.602 procedimientos. De los cuales 2119 fueron las para las diferentes rutas de PYM, 36 procedimientos para particulares, 38 procedimientos para el servicio de urgencias y 409 para consulta externa. Teniendo en cuenta que para 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:** De los datos consignados en la tabla podemos inferir: la productividad del mes de julio se redujo considerablemente, debido a la ausencia de profesional de bacteriología contratado en el área de laboratorio Clínico, a efecto de cumplir con los exámenes prioritarios, el laboratorio del Hospital San Juan de Dios del municipio de Rondón presto apoyo para el procesamiento de los mismos. Ahora bien, una vez se incorpora el profesional en el mes de agosto la productividad sufre un incremento, debido a la oportunidad de ofrecer el servicio para procesamiento

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  NIT: 900.304.131 - 8 | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 254 de 365 |

y validación in situ. Al final del trimestre (septiembre) la tendencia del incremento permanece.

❖ IMÁGENES DIAGNOSTICAS:

Los hospitales en donde se encuentra habilitado de la Red ofrecen el servicio de imágenes diagnosticas como apoyo de identificación de patologías presuntas. Los centros de salud no prestan este servicio.


En la tabla siguiente se relacionan desde el 1 trimestre del 2023, con un total de 7.458 en 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. Y en el 3 trimestre se observa 1.830. Lo que deja en manifiesto un total de imágenes diagnosticas proyectadas en la necesidad de los usuarios de 24.819.

| HOSPITALES- IMÁGENES DX | TOTAL, I TRIMESTRE 2023 | TOTAL, II TRIMESTRE 2023 | TOTAL, III TRIMESTRE 2023 |
|----------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Hospital San Francisco de Fortul | 1.807 | 1.636 | 1.830 |
| Hospital San Antonio de Tame | 2.551 | 4.037 | 4.114 |
| Hospital San Lorenzo de Arauquita | 1.917 | 1.569 | 1.734 |
| Hospital San Ricardo Pampuri | 595 | 594 | 656 |
| Hospital San Juan de Dios de Puerto R | 392 | 537 | 345 |
| Hospital San José de Cravo N | 198 | 201 | 108 |
| Centro Salud de Panamá de Arauca | 0 | 0 | 0 |
| Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán | 0 | 0 | 0 |
| Total, por trimestres | 7.458 | 8.574 | 8.787 |
| Total, de trimestres hasta la fecha de 2023 | | | 24.819 |

Fuente: Informes de Gestión Instituciones

Análisis:

- ✓ **Hospital San Antonio de Tame:** Se observa un incremento 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 un aumento en el tercer trimestre del año en curso de 10.5%, 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.


| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  <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 255 de 365 |

- ✓ **Hospital San Francisco de Fortul:** En el trimestre III del 2023 se realizaron un total de 1830 radiografías, de las cuales 1439 se realizaron por el servicio de consulta externa correspondiendo al 78.6 %, siendo este el ámbito por donde más se solicitan estos procedimientos, seguido con 362 radiografías el servicio de urgencias con el 19.8%, continuando con el área de hospitalización con 29 radiografías siendo un 1.6 % del uso total de servicio de imágenes diagnósticas.
- ✓ **Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el tercer trimestre del año 2023 se realizaron por consulta externa en el mes de Julio (117) Urgencias (53) Hospitalización (9), en Agosto (177) urgencias (76) hospitalización (11), y en Septiembre consulta externa (154) Urgencias (54) y Hospitalización (5) para un total de (656) para el tercer trimestre.
- ✓ **Hospital San Juan dios Rondón:** Durante el III trimestre del 2023 se realizaron 345 estudios de imágenes diagnosticas. El 132 se realizaron durante el mes de agosto, siendo el mes en que más estudios se realizaron. Durante el mes de septiembre se realizaron el 108 de los estudios siendo julio el mes de menor cantidad con un 105 sobre la totalidad de imágenes tomadas durante el trimestre.
- ✓ **Hospital San José Cravo Norte:** Las cifras para el III trimestre del 2023 tuvieron ligero aumento debido a la atención más detallada de consulta externa al solicitar estudios radiográficos para descartar posibles complicaciones en los pacientes. En el servicio de urgencias el aumento se debió a los problemas respiratorios de los pacientes y lesiones.

En el 3 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 | | | | | | | | III TRIMESTRE | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|------------------|
| | C SJ JC | C S P A | H S T A | H S J D | H S F F | H S J C N | H S R P | H S L A | C S J C | C S P A | H S A T | H S J D | H S F F | H S J C N | H S R P | H S L A | C S J C | C S P A | H S A T | H S J D | H S F F | H S J C N | H S R P | H S L A |
| SUB TOTAL | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 4 | 6 | 1 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 3 | 7 | 0 | 0 | 3 | 2 | 14 | 10 | 42 | 93 |
| | | | 5 | | | 1 | 6 | 2 | | | 1 | | | 8 | 6 | 9 | | | 4 | 1 | | | 9 | 0 |
| | | | 0 | | | 2 | 2 | | | | 6 | | | 2 | | | | | 7 | | | | | |
| TOTAL, POR TRIMESTRE | 1.785 | | | | | | | | 975 | | | | | | | | 1.751 | | | | | | | |
| SUMATORIA POR HASTA LA FECHA DEL 2023 | 2.760 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 256 de 365 |

Análisis: El objetivo de la fisioterapia respiratoria es conseguir una mejoría de los síntomas y enlentecer la progresión de la enfermedad, consiguiendo la máxima capacidad física, mental, social y laboral de cada paciente. Para este 3 trimestre 1.751 fueron terapias respiratorias se observa un gran aumento con respecto del trimestre pasado y también según lo gestionado también en instituciones que sumaron atenciones que en el anterior trimestre.

- **Hospital San Francisco de Fortul:** Según los datos estadísticos en el (3) trimestre de 2023, en el área de terapia respiratoria, se realizaron 14 sesiones, se ve afectado el servicio debido a la demora en las autorizaciones de las EPS. 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 Juan de Dios Rondón:** Para este periodo se realizaron 21 terapias respiratorias arrojando a la oferta del servicio y así mismo generando atención a la necesidad solicitada por el usuario.
- **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:** Durante el **TERCER trimestre del año 2023**, hemos intentado aumentar las cifras de realización de terapias respiratorias, teniendo en cuenta que ya está en funcionamiento la salas ERA, con todos los protocolos de bioseguridad para la ejecución de los procedimientos que competen a la rehabilitación de las vías aéreas, conforme las estadísticas podemos notar que mes a mes se ve reflejado el incremento de la producción en cuanto a terapias respiratorias se refiere, no obstante se siguen presentando barreras para su realización; pero no es un impedimento para seguir ejecutando a cabalidad las actividades que pertenecen al área de terapia respiratoria, además de ello se cumple con la disponibilidad mes a mes para así tratar de no dejar la realización de las terapias durante el fin de semana. 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 mayor en el informe manual.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Se observa que durante el II trimestre y III trimestre de años 2023 la mayor producción se presentó en el III Trimestre con un

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 257 de 365 |


65.9 % seguido del II trimestre con un 34.1 % Cabe anotar que el procedimiento más facturado son las nebulizaciones, luego las terapias que el debería ser viceversa. Las terapias son canalizadas solo por la doctora Clara y Luis plata

- Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el tercer trimestre del año 2023, en relación con el segundo trimestre en el área de terapia respiratoria, se evidencia incremento de los procedimientos en relación con el segundo trimestre 90.4% al igual que los procedimientos de terapia física, la EPS, NUEVA EPS Y LA ESE MYC, no tiene contratado los servicios de terapia respiratoria, aun así a los pacientes del área de hospitalización se les presta el servicio, sin que se cobre a la eps, generando gastos para la entidad, pues no resulta conveniente que el paciente debe desplazarse hasta la cabecera municipal para realizar la autorización del procedimiento estando hospitalizado, y la institución hospitalaria ofertando el procedimiento. Es de conocimiento de dirección y área de facturación de la ese de la prestación de este procedimiento en este servicio.
Se sigue con la continuidad de prestar los procedimientos de terapia respiratoria a los usuarios de la EPS NUEVA EPS, que estén en el área de hospitalización de nuestro hospital.
- Hospital San José Cravo Norte:** En el III trimestre se realizaron 10 terapias respiratorias y 240 físicas se realizan según la demanda ordenada por los médicos, contamos con un profesional contratado 15 días por mes.

TERAPIA FÍSICA

| TERAPIAS FISICAS | | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|------------------|---------------|
| | HOSPITALES- CENTROS DE SALUD | 1 TRIMESTRE 2023 | 2 TRIMESTRE 2023 | 3 TRIMESTRE |
| 1 | HSFF- FORTUL | 691 | 361 | 756 |
| 2 | HSRP- ESMERALDA | 430 | 397 | 1.314 |
| 3 | HSTA- TAME | 235 | 184 | 1219 |
| 4 | CSPA- PANAMA | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CSJJC- PTO JORDAN | 0 | 0 | 0 |
| 6 | HSJD- RONDON | 211 | 366 | 302 |
| 7 | HSJCN- CRAVO NORTE | 194 | 18 | 240 |
| 8 | HSLA- ARAUQUITA | 1.037 | 1.147 | 972 |
| Total, por trimestre | | 2.798 | 2.473 | 4.803 |
| Total, de trimestres a la fecha de finalizar el 2023 | | | | 10.074 |

Análisis: En el (II) trimestre de 2023, según las gráficas de la estadística se observa 4.803 sesiones, en la ESE departamental moreno y Clavijo, La fisioterapia, también conocida

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 258 de 365 |

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, para el año 2023 se deja evidenciar la totalidad de los servicios prestados en terapia física 10.074.

- **Hospital San Antonio Tame:** Se observa un incremento sustancial en el tercer trimestre con relación al segundo, ya que se ha venido revisando la fuente de la búsqueda, con el fin de minimizar el margen de error que nos está generando esta información.
- **Hospital San Francisco de Fortul:** En el tercer trimestre (III) de 2023, según estadística se observa 756 sesiones, se registra un aumento en la producción de este servicio con respecto al segundo trimestre del año 2023, debido a la asistencia de usuarios del régimen subsidiado de la EAPB Sanitas, NUEVA EPS, 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 educación individual, atención humanizada, con calidad, seguridad, autocuidado, responsabilidad.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** En el análisis del segundo y tercer trimestre del año 2023, se puede observar que: Comparando el II Trimestre y el III trimestre del año 2023 el mayor flujo de pacientes fue en el II trimestre representados en un 55%, mientras que el III trimestre obtuvo un 45%. Al observar estos dos trimestres del 2023 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 tercer trimestre del año 2023, en relación con el segundo trimestre en el área de terapia física y rehabilitación se evidencia aumento de los procedimientos 94.6 % con algunos factores que influyen en la prestación del servicio 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:** Durante las 302 terapias físicas, durante el mes de septiembre se realizaron 122 correspondiente al 37.5%, 108 terapias durante el mes de julio interpretando el 33.2% y en agosto se realizaron 72 terapias siendo esto el menor valor de los porcentajes generados durante el 3 trimestre del año 2023.

- **Hospital San José Cravo Norte:** En el III trimestre se realizaron 10 terapias respiratorias y 240 físicas se realizan según la demanda ordenada por los médicos, contamos con un profesional contratado 15 días por mes.


SEGURIDAD DE L PACIENTE

Todo el programa de seguridad del paciente está dirigido con el conjunto de procesos estructurado basado en evidencia científica que busca siempre proteger la integralidad de la entrega de un buen servicio; que esta entrelazado a generar la continuidad de actividades de servicio ofertado a nuestros usuarios, con el fin de dar calidad de atención hacemos la propagación de las actividades que están dirigidas desde la política de seguridad institucional, y gracias a nuestros referentes en las instituciones que con su trabajo intensifican el buen uso de las practicas seguras a nuestros usuarios.

El compromiso institucional es de todos y todos trabajamos cada día mejorar las prácticas en cada proceso y/o procedimiento asistencial.

Tabla evaluadora de indicadores y acciones inseguras categorizadas durante el análisis de comité extraordinario.

| VARIABLES DE INDICADORES ANALISIS DE | JULIO | | | | | | | | | | AGOSTO | | | | | | | | | | SEPTIEMBRE | | | | | | | | | | TOTAL DE 3 TRIMESTRE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|----|-----|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| | HOSPITALES/ CENTROS DE SALUD | | | | | HOSPITALES/ CENTROS DE SALUD | | | | | HOSPITALES/ CENTROS DE SALUD | | | | | HOSPITALES/ CENTROS DE SALUD | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TARH | POST | RONDA | TA | CRV | TARH | POST | RONDA | TA | CRV | TARH | POST | RONDA | TA | CRV | TARH | POST | RONDA | TA | CRV | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.2.8 Número total de pacientes en el servicio de consulta externa que sufren | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.2.9 Número total de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.2.10 Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.2.11 Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.2.12 Total de úlceras por | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.2.13 Total de ingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos 72 horas con el mismo diagnóstico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.2.13. 1 Total de ingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos 72 horas con diferente diagnóstico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.2.14 Total de ingreso de pacientes al servicio de hospitalización en menos 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANALISIS DE PERIODO | ANÁLISIS: En este mes se realizó un total de 38 acciones inseguras las cuales fueron calificadas 5 instalaciones de 5, y en las acciones fueron calificadas una fueron atribuidas 2 de administración de medicamentos en el servicio de urgencia 1 de marzo ago y 1 de caídas, malidlogos que fueron al hospital en calidad de las para que sea un servicio plus de mejoramiento institucional. 10/10 | | | | | ANÁLISIS: En este mes se hicieron 48 acciones inseguras calificadas en 10 de urgencia, las cuales se atribuyen a caídas ago, 1 caída en el servicio de hospitalización en el Hospital San Ricardo Pompei la cual se investigó, 1 ingreso en el servicio de urgencia en marzo de 72 horas atribuido a una acción, 1 ingreso en el servicio de urgencia en marzo de 72 horas por el mismo diagnóstico por acción insegura, 2 de valores anteriores fueron verificadas por medio de investigación una plus de mejoramiento las cuales fueron enviadas a cada institución, a la espera de seguimiento de los planes de mejora para acciones y el trabajo de la se regularización de procesos. 10/10 | | | | | ANÁLISIS: PARA ESTE MES DE SEPTIEMBRE FUERON 13 acciones inseguras reportadas en el link SE PROBIO 1 CASO RELACIONADO CON ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIA EPS NUEVA EPS EN EL HOSPITAL SAN LORENZO DE BARRABITA, Y TAMBIEN SE REALIZO EFUSION DE NOTIFICACION DE CASO DE FIEBRE DE BARRABA CON BI DIAGNOSTICO DE DESINTEGRACION EL CHAL SE DECARTE PARA PI BIACRATICA Y LA NOTIFICACION AP SIVICIBA. 10/10 | | | | | ANÁLISIS 3 TRIMESTRE: Para este trimestre se dio la cantidad de 38 acciones inseguras las cuales por medio de procesos de acciones según resolución 258 del 24 de septiembre de 2021 se expone a todas las funcionarios de la RED ESE MORENO Y CLAVIJO, Para este trimestre se realizaron las siguientes acciones, 3 de administración de medicamentos en el servicio de urgencia 2 de marzo ago y 1 de caídas, 1 caída en el servicio de hospitalización 2 verificación en el servicio de urgencia en marzo de 72 horas, se hizo trabajo en cada uno de las instituciones en el área de acciones en la H. y en institución el 10/10 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 260 de 365 |

ANALISIS 3 TRIMESTRE: Para este trimestre se dio la sumatoria de 98 acciones inseguras las cuales por medio de procesos de comités según resolución 259 del 21 de septiembre de 2021 se expresa a todos los funcionarios de la RED ESE MORENO Y CLAVIJO, Para este trimestre se analizaron los siguientes casos, 3 de administración de medicamentos en el servicio de urgencia 2 de nueva Eps y 1 de sanitas, 1 caída en el servicio de hospitalización 2 reingresos en el servicio de urgencia en menos de 72 horas, se viene trabajando en cada una de las instituciones estrategias de mejora en toda la red institucional.


OBSERVACION FINAL RESULTADO: Para el trimestre se totaliza así 98 acciones inseguras reportadas / 3 acciones categorizadas incidente o evento adverso.

Resultados en cada Hospital se realiza la referenciación del trabajo mancomunado y apoyado por todos los trabajadores esto con el fin de la mejora continua de nuestras instituciones.

3.7 INFORME GESTION REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Las cifras para el III 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.

| | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | TOTAL |
|-----------------------------------------|--------------|---------------|-------------------|--------------|
| HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE | 15 | 16 | 13 | 44 |
| HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI | 45 | 52 | 41 | 138 |
| CENTRO DE SALUD DE PANAMA | 24 | 11 | 22 | 81 |
| CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | 34 | 21 | 27 | 82 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 261 de 365 |

| | | | | |
|------------------------------------------|-------|-----|-----|-------|
| HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA | 619 | 318 | 301 | 1238 |
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME | 280 | 199 | 183 | 662 |
| HOSPITAL SAN FRANCISCO | 91 | 79 | 91 | 270 |
| TOTAL | 1.108 | 696 | 678 | 2.515 |

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 tercer trimestre hubo un promedio de 2515 remisiones a diferentes hospitales.


Se puede evidenciar que durante el tercer trimestre el hospital san lorenzo de Arauquita presento una elevación significativa en cuanto al proceso de remisiones en el departamento de Arauca.

3.8 INFORME GESTION FARMACIA Y APOYO TERAPEUTICO

ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, MEDICAMENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO.

Se realiza adquisición por compraventa y suministro de medicamentos de Control, Medicamentos de Planificación Familiar y Material Médico Quirúrgico según necesidades de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la entidad. Dichas compras cumplieron para su entrega con las especificaciones requeridas, condiciones físicas y técnicas solicitadas por los diferentes entes de control.

| VIGENCIA | TIPO DE CONTRATO | NO DE CONTRATO | CONTRATISTA | REPRESENTANTE LEGAL | OBJETO DEL CONTRATO | SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO | VALOR DEL CONTRATO |
|----------|------------------|----------------|-------------|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|
|----------|------------------|----------------|-------------|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 262 de 365 |

| | | | | | | | |
|------|-------------|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2023 | Compraventa | 002-0020 de 2023 | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA | ERIKA PARALES PEREZ | 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 | 19/07/2023 | SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTI OCHO MIL PESOS ML/CTE. (\$ 6.228.000) |
| | Suministro | 003-0034 de 2023 | INSUMMEDICAL S. A. S | LEIDY PAOLA DURAN GARCIA | SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO. | 9/08/2023 | CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS ML/CTE (\$499.988.720) |
| | Compraventa | 002-0024 de 2023 | ASOCIACIÓN PROFAMILIA | ADRIANA GUZMÁN AVILA | ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO. | 24/08/2023 | CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS (\$59.431.200) |

TABLA No 1

| ADQUISICIÓN | 2023 |
|----------------------------|----------------|
| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | \$ 499.988.720 |
| MEDICAMENTOS | \$ 65.659.200 |

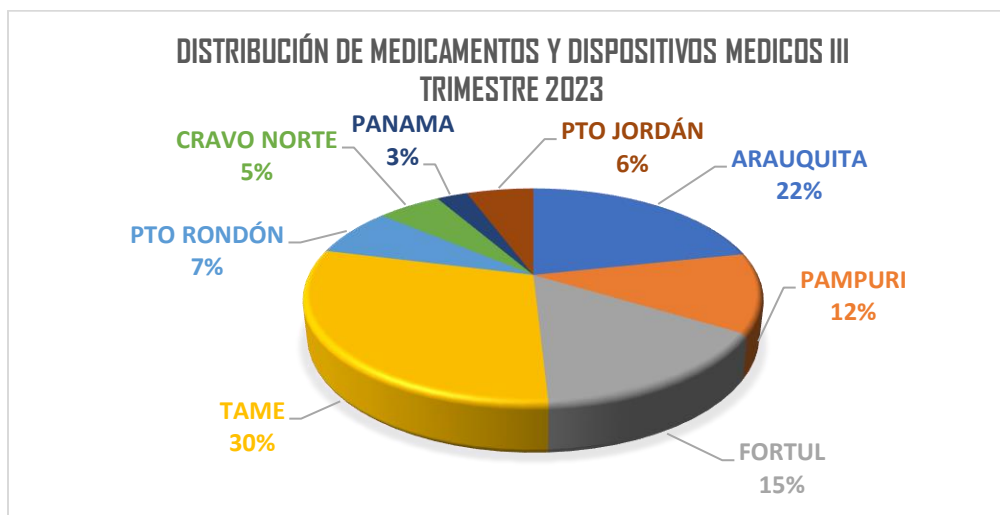
Se deja relación de los medicamentos y dispositivos médicos que no se dispensaron en su totalidad durante este trimestre debido al desabastecimiento existente a nivel nacional.

- ✓ Sulfato Ferroso Suspensión
- ✓ Acetaminofén Jarabe
- ✓ Nifedipina 10mg Capsula
- ✓ Jelcos Catéter (marca Braun)
- ✓ Lactato de Ringer

DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS POR SEDE CENTRAL SEGÚN NECESIDADES DE CADA HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD.

La distribución de los medicamentos y dispositivos médicos, se realiza de manera mensual por parte de la sede central de la Moreno y Clavijo, a continuación, se muestra la sumatoria de la distribución total según solicitud de necesidades de cada hospital y centro de salud.

| ITEM | HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | Total |
|------|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 1 | ARAUQUITA | \$ 36.553.358 | \$ 39.616.011 | \$ 31.149.812 | \$ 107.319.181 |
| 2 | PAMPURI | \$ 17.725.341 | \$ 23.943.349 | \$ 18.165.959 | \$ 59.834.649 |
| 3 | FORTUL | \$ 23.194.506 | \$ 31.338.078 | \$ 22.119.608 | \$ 76.652.192 |
| 4 | TAME | \$ 51.144.206 | \$ 53.438.991 | \$ 43.377.599 | \$ 147.960.796 |
| 5 | PTO RONDÓN | \$ 10.408.759 | \$ 15.189.859 | \$ 10.751.979 | \$ 36.350.597 |
| 6 | GRAVO NORTE | \$ 10.489.359 | \$ 6.616.388 | \$ 9.753.320 | \$ 26.859.067 |
| 7 | PANAMA | \$ 4.524.757 | \$ 3.819.231 | \$ 4.734.942 | \$ 13.078.930 |
| 8 | PTO JORDÁN | \$ 4.713.910 | \$ 14.319.641 | \$ 9.181.194 | \$ 28.214.745 |
| | | | | | \$ 496.270.157 |

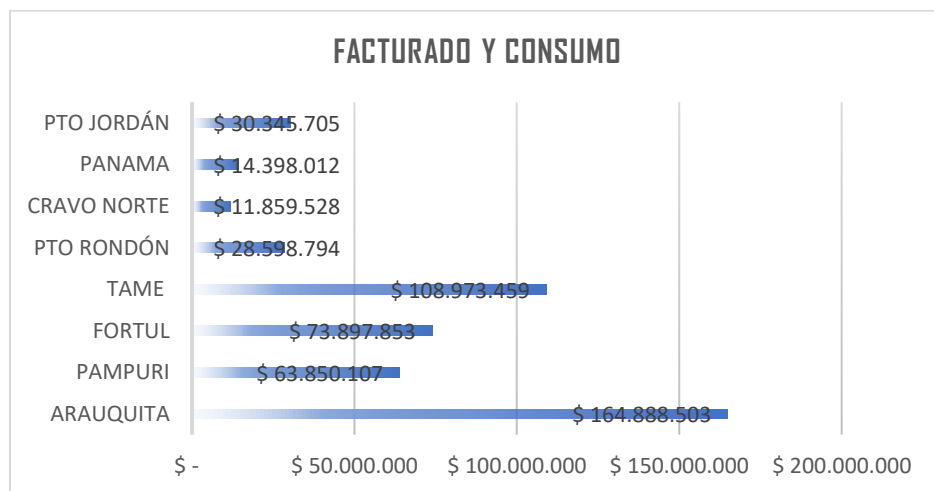


Se observa que el Hospital San Antonio de Tame con un 30% es quien mayor mercancía recibe durante el mes, esto debido a que cuenta con los servicios que se ofertan por la Institución tales como Cirugías ambulatorias (Pomeroy y Vasectomía), además del incremento en la población atendida por cápita y por evento, seguido por los hospitales de Arauquita y Fortul.

SEGUIMIENTO DE CONSUMO Y FACTURADOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS POR SEDE CENTRAL SEGÚN NECESIDADES DE CADA HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD.

Se realiza seguimiento y registro a las salidas que generan los Hospitales y Centros de salud en cuanto a su facturación y salidas de los medicamentos y dispositivos médicos entregados por consumo.

| ITEM | HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | Total |
|------|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 1 | ARAQUITA | \$ 52.665.961 | \$ 59.279.321 | \$ 52.943.221 | \$ 164.888.503 |
| 2 | PAMPURI | \$ 20.254.703 | \$ 25.177.119 | \$ 18.418.285 | \$ 63.850.107 |
| 3 | FORTUL | \$ 21.808.545 | \$ 28.627.874 | \$ 23.461.434 | \$ 73.897.853 |
| 4 | TAME | \$ 35.684.836 | \$ 45.822.845 | \$ 27.465.778 | \$ 108.973.459 |
| 5 | PTO RONDÓN | \$ 10.567.508 | \$ 9.836.784 | \$ 8.194.502 | \$ 28.598.794 |
| 6 | CRAVO NORTE | \$ 4.625.365 | \$ 4.187.786 | \$ 3.046.376 | \$ 11.859.528 |
| 7 | PANAMA | \$ 6.335.092 | \$ 3.550.589 | \$ 4.512.331 | \$ 14.398.012 |
| 8 | PTO JORDÁN | \$ 9.012.103 | \$ 13.056.095 | \$ 8.277.507 | \$ 30.345.705 |
| | | | | | \$ 496.811.961 |

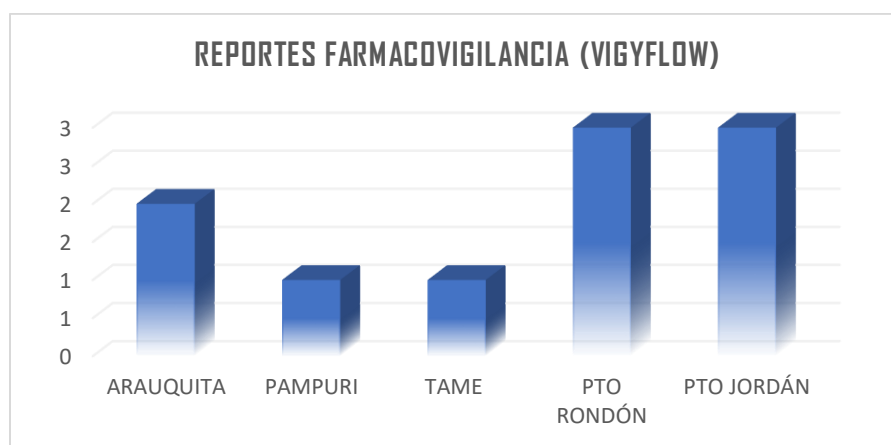


Se observa en la tabla que la facturación del Hospital San Lorenzo de Arauquita es la más alta, seguida del Hospital de Tame, se puede observar que se debe realizar un seguimiento al proceso realizado en la facturación del Hospital de Tame ya que no concuerda con la información que se genera en sus valores de las solicitudes de pedidos ya que es mayor a lo que se factura.

SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA.

Se realiza seguimiento al programa Institucional de Farmacovigilancia, el cual entre sus objetivos tiene como fin la identificación, evaluación y gestión de los reportes de eventos o reacciones adversas asociados con la seguridad de los medicamentos una vez salen al mercado y finalizan con su administración en cada uno de nuestros pacientes de la red hospitalaria o su salida por vencimiento. A continuación, se relacionan los reportes realizados durante el III trimestre.

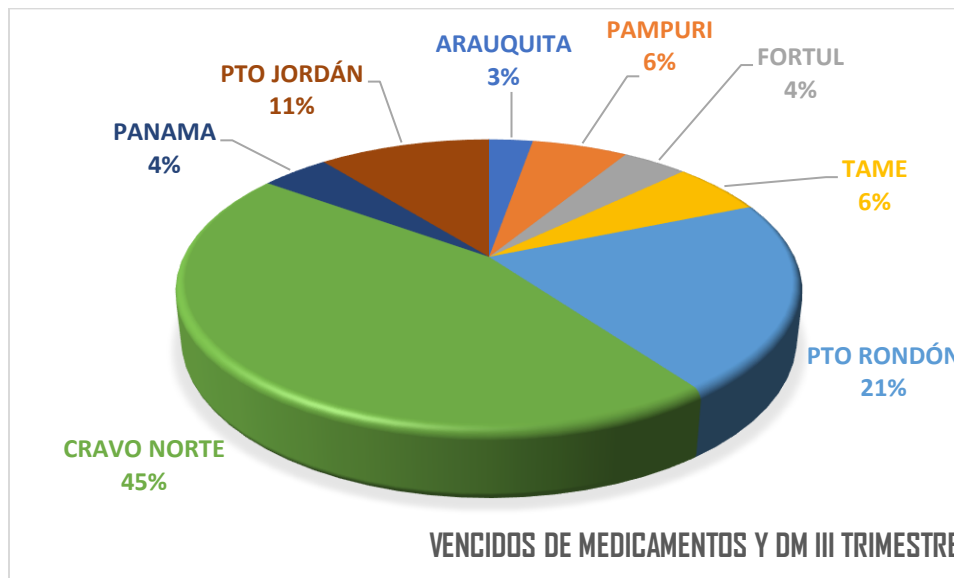
| ITEM | HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | Total | EPS |
|------|-------------------------------|-------|--------|------------|-------|-------------------------|
| 1 | ARAQUITA | | | | 2 | NUEVA EPS |
| 2 | PAMPURI | | | | 1 | NUEVA EPS |
| 3 | TAME | | | | 1 | NUEVA EPS |
| 4 | PTO RONDÓN | | | | 3 | (2) NUEVA EPS Y SANITAS |
| 5 | PTO JORDÁN | | | | 3 | NUEVA EPS Y (2) SANITAS |




Pese a la información entregada al personal de toda la Red Hospitalaria sobre el programa de Farmacovigilancia, se continúa con la no cultura del reporte oportuno, para este trimestre solo 4 hospitales y 1 centro de salud realizó reportes en la plataforma del Vigiflow, reportes los cuales se les realizó análisis por la Líder del Programa de Seguridad del Paciente.

SEGUIMIENTO A LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS VENCIDOS EN LA RED HOSPITALARIA.

| ITEM | HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | Total |
|------|-------------------------------|--------------|------------|--------------|---------------|
| 1 | ARAUQUITA | \$ 228.650 | \$ 45.200 | \$ 141.600 | \$ 415.450 |
| 2 | PAMPURI | \$ 26.800 | \$ 522.262 | \$ 362.071 | \$ 911.133 |
| 3 | FORTUL | \$ - | \$ 243.360 | \$ 374.540 | \$ 617.900 |
| 4 | TAME | \$ 93.267 | \$ 282.369 | \$ 516.810 | \$ 892.446 |
| 5 | PTO RONDÓN | \$ 1.497.087 | \$ 959.143 | \$ 773.870 | \$ 3.230.100 |
| 6 | CRAVO NORTE | \$ 3.796.500 | \$ 882.696 | \$ 2.137.273 | \$ 6.816.469 |
| 7 | PANAMA | \$ 319.240 | \$ 108.100 | \$ 221.480 | \$ 648.820 |
| 8 | PTO JORDÁN | \$ 1.318.858 | \$ 117.116 | \$ 190.800 | \$ 1.626.774 |
| | | | | | \$ 15.159.092 |



Se realiza reporte de los medicamentos y dispositivos medicos dados de baja por vencimiento o deterioro. Se evidencia un incremento del 45% en el Hospital San Jose de Cravo norte para este III trimestre, debido a que por su distancia con los otros Hospitales y Centros de salud no tiene una buena rotación. Como observación se deja que el

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 267 de 365 |

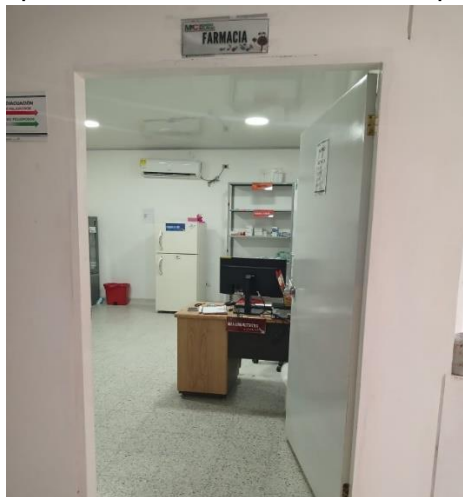
Medicamento Vitamix Suplemento dietario en Polvo, no tuvo el consumo esperado y su vencimiento hizo que se incrementara el valor del registro de vencidos en lo que va del año.

CUMPLIENTO A LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 – ESTANDAR DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS.

Se da a conocer lo que se entregó durante este III trimestre, logrando subsanar hallazgos según normatividad que le aplica al servicio farmacéutico. Los Gaveteros no se entregaron al Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón y al Centro de Salud de Puerto Jordán debido a que su infraestructura es nueva y no eran requeridos en dichos servicios.

Las alarmas de Humo se entregaron a todos los Servicios Farmacéuticos de la Red, queda pendiente la instalación de las mismas en las áreas donde se cuenta con un stock de medicamento y dispositivos médicos.


Los kits para la recolección de muestras forenses, fueron entregados uno (1) por Hospital y centro de salud, con el fin de subsanar hallazgos, cabe aclarar que farmacia no es responsable de la documentación que se requiera para finalizar dicho proceso.



Hospital San Francisco de Fortul



Gaveteros

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 268 de 365 |



Alarmas de Humo



Elementos del Kit Forense

4 CONCLUSIONES:


CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN JOSE CRAVO NORTE

ACCIONES REALIZADAS:

- Las EPS como sanitas, nueva EPS, Foscal y Medisalud actualizan bases de datos de sus usuarios de manera mensual.
- Se registran todos los usuarios migrantes en las plataformas de migración Colombia, sire migración Colombia reporte de atención de urgencias, verificación del estado de afiliación en la página RUMV, de acuerdo a su estado actual de permanencia en nuestro país se afilia en la plataforma mi seguridad social SAT.
- Todos los accidentes de tránsito son registrados inmediatamente en la plataforma nacional SIRAS Sistema Nacional de reportes de accidentes de tránsito.
- Se consiguen semanal enviando arqueo de caja y recibo de consignación con el respectivo informe de relación del software 360.
- Diariamente las facturas y pre facturas son auditadas un 100% y las de evento son enviadas a la Dian se descargan, escanean y se arman paquetes por EPS.
- Se factura el 100 % de los servicios prestados en el mes.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

- Se socializa el comité de facturación los primeros 5 días de cada mes.
- Diariamente se hace demanda inducida al usuario y la importancia de asistir y participar a los diferentes programas de promoción y mantenimiento.
- Se factura el 100% de los servicios prestados en la institución diariamente.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 269 de 365 |


CONCLUSIONES:

- Nuestra IPS genera relevancia en la región en materia de cobertura, atención general, actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud (algunas especializadas), los niveles de desempeño la mayoría se presentan en sentido positivo y creciente, llegándose a considerar como fortalezas las actividades extramurales y equipos básicos, el servicio de urgencias, servicios de odontología y como relevante el mejoramiento de cumplimiento de indicadores del programa PyM.
- Se recomienda fortalecer la vigilancia de los eventos adversos. 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 la misma sede donde vienen a recibir otros servicios.
- Se mejoró la oportunidad y accesibilidad de la atención en salud en todos los servicios, logrando calificación óptima, fomentando el trabajo humanizado y el respeto hacia los usuarios, dentro y fuera de la institución.

CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

- Durante el III trimestre del año 2023, se venido avanzando en cuanto el mejoramiento de la infraestructura de la institución, como es mejoramiento de paredes, impermeabilización de la viga canal del techo del de diferentes áreas, recuperación de espacios.
- Los primeros diez de cada mes se realizan de los comités de ética hospitalaria donde se evalúa cada servicio en pro de idear propuestas y seguir mejorando cada uno de los procesos asistenciales y administrativos Se realiza mensual comité con la asociación de usuarios, donde se evalúa la atención de los mismos para idear propuestas de mejora en cuanto a la atención, Además, se realizan jornadas de embellecimiento en la parte interna y externa con el apoyo del talento humano.
- Participación a la semana de la lactancia materna.
- Participación semana Andina.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 270 de 365 |

CONCLUSION:

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.

CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON


- 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 tercer 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 98%, 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.
- los partos dentro de la institución se mantienen con respecto al trimestre anterior dado que la mayoría son remitidos.
- Se realizaron procedimientos quirúrgicos dentro de la institución

MEDIDAS DE MEJORA:

Durante este tercer trimestre del año 2023 se han venido realizando verificación a los usuarios en las diferentes plataformas de las Eps a las que se prestan los servicios para de esta manera garantizar la prestación a nuestros usuarios y solicitar autorizaciones. Se ha exigido el cumplimiento de demanda inducida al personal.

RECEPCIÓN DE FACTURACIÓN FÍSICA Y VALIDACIÓN DE RIPS:

La facturación se envía los cinco primeros días de cada mes, según lo establecido en circular interna de la entidad, se envían Rips debidamente validados.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 271 de 365 |

Se entregaron Rips de nueva EPS validados a través de la plataforma.

ACCIONES REALIZADAS:

- Se actualizan bases de datos con las diferentes EPS de régimen subsidiado contributivo especial y vinculado.
- Se registraron los accidentes de tránsito en la plataforma del SIRA
- se realizan consignaciones de recaudo por venta de particulares y copagos o cuotas moderadoras.
- se está cargando toda la facturación por evento a la página de la DIAN.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Durante el tercer trimestre del año 2023 se ha venido avanzando en diferentes aspectos para el desarrollo y mejora de nuestra institución:


- Se continua con adecuación de sala de parto, para dar cumplimiento a las normas de habilitación por parte la Gerencia de la ESE moreno y Clavijo. Es importante terminar dicha obra con el objetivo de lograr la habilitación del servicio de partos
- Se fortalece el trabajo humanizado con los usuarios y las acciones de seguridad al paciente
- Se fortalecen los procesos de capacitación y socialización de guías y protocolos a funcionarios de la institución
- Se realizan seguimiento y planes de mejora a que haya lugar

CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI

Al realizar este informe se conoce el avance que se ha realizado en los tres primeros trimestres 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. Se realiza plan choque en el tercer trimestre para la búsqueda de pacientes que apliquen en las rutas de promoción y mantenimiento, evidenciando que la estrategia implementada funciona ya que estamos en el cumplimiento de las metas con el porcentaje en Optimo.

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.

CONCLUSION DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 272 de 365 |

Falencias presentadas en el proceso de Facturación

La falta de comunicación que se ve entre la sede central y los coordinadores de facturación de todas las sedes hace que los precoces que se facturen en un hospital de la red **ESE MORENO Y CLAVIJO** sean muy diferentes en otra de las sedes de la misma ese ocasionando glosas y errores en la facturación.

Necesidades:

- No contamos con impresoras adecuadas para el proceso de la impresión de las facturas y soporte y en varias ocasiones no ha truncado el proceso de la impresión de facturas ya que las impresoras que existen en la actualidad arrojan las facturas con machas las cuales no son aceptadas por las EPS y son motivo para glosas.
- Solicito un Escáner ya que con el que contamos actualmente es un escáner que ya tiene unos cuantos años y ya es hora de adquirir uno nuevo esto con el fin de tener un plan de contingencia ya que como es de conocimiento las facturas de tipo evento debe ir digitalizadas.

Medidas de mejora:


- Diariamente se revisa la facturación de cada uno de los cajeros para ir corrigiendo los al momento de facturar en 360.
- Se rotan los cajeros por todas las áreas en mejora de la atención de los pacientes y que los puestos de trabajo no sean rutinarios y esto ocasione un estrés laboral y se baje la facturación.
- La sede central se está realizando reuniones virtuales en las que nos dan a conocer los motivos de glosas para tener en cuenta.

CONCLUSIONES DEL CENTRO DE SALUD DE PANAMA

Capacitación sobre la resolución 3280 al personal que labora en la institución por parte del médico y enfermera jefa de la institución.

- Se están registrado los accidentes de tránsito en la plataforma de SIRA.
- Se está consignado el recaudo de particulares.
- Se realizan los respectivos reportes de eventos adversos farmacovigilancia, y seguridad del paciente.
- Se está realizando las respectivas reuniones mensuales de los comités.
- Se está realizando la demanda inducida para el mejoramiento del cumplimiento de los indicadores

CONCLUSION DEL CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 273 de 365 |

Al realizar este informe podemos observar los grandes avances, mejoras que hemos tenido en el Centro de Salud con la implementación de las atenciones a los usuarios, de igual forma el mejoramiento en la parte de la infraestructura ha hecho que los servicios se presten mejor, teniendo en cuenta que todavía falta mucho, pero es un compromiso que hay que realizar para continuar mejorando constantemente. Para este tercer trimestre en todos los servicios se observó un gran incremento de atenciones y procedimientos para los usuarios, ya contamos con el servicio de fisioterapia de los cuales hemos podido cumplir en la satisfacción de los pacientes que requerían de este servicio, de igual manera mensualmente se está prestando el servicio de ginecología, psicología y nutrición, esto ha generado agrado en los pacientes ya que eran servicios de especialistas que a ellos les tocaba trasladarse a otro lugar para poder acceder a esos servicios.

En el servicio de urgencias contamos con el médico rural el cual trabaja 22 días y descansa 8 días, ya se pudo subsanar el inconveniente que teníamos en estos días que salía el medico porque quedaba la ausencia en el servicio de urgencias, al contar con otro médico en el servicio de consulta externa este es quien cubre estos ocho días en la atención de los usuarios que ingresan por urgencias cuando el médico rural sale.


El objetivo del Centro de Salud es seguir teniendo estrategias e ideas claras, junto con sus trabajadores que cada día apunten al buen funcionamiento del servicio prestado, tenemos una población muy alta y que crece más y más, así que es un gran reto darle continuidad al mejoramiento de estas prestaciones de servicios.

CONCLUSION HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

Durante el TERCER 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 del servicio de farmacia se concluye que durante el tercer trimestre se obtuvo una entrega efectiva de medicamentos, garantizando la provisión oportuna a los usuarios que los requieren. Esta eficacia es el resultado de un proceso de gestión y suministro de medicamentos eficiente, que ha permitido asegurar que los pacientes reciban los tratamientos necesarios para la prevención y recuperación de sus condiciones de salud.

En el área de odontología e higiene oral, Se observa que la producción del tercer trimestre del año 2023 presentó un aumento en la mayoría de los procedimientos con respecto a la producción del primer y segundo trimestre del año 2023 en las actividades correspondientes a odontología e higiene oral.


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 274 de 365 |

El hospital también ha enfrentado diferentes eventos de interés en salud pública, como son las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 26 casos, el cual está directamente relacionado con las mascotas que se tiene en los hogares y animales callejeros o salvajes los cuales se tornan agresivos desencadenando el evento, desde el Hospital San Antonio De Tame se les brinda manejo clínico adecuado y oportuno a cada uno de los usuarios quienes ingresan directamente al servicio de urgencias Indicando aplicación de vacuna antirrábica o suero según corresponda a cada usuario y su respectivo seguimiento del evento, se cuenta con el apoyo del técnico de la unidad administrativa de salud.

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:

1. Garantizar un entorno hospitalario en el que la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente sean fundamentales
2. Establecer Procedimientos y Protocolos Estandarizados para así proporcionar reducción de variabilidad y disminución de errores
3. Proporcionar Capacitación Continua del Personal garantizando que estén preparados para brindar atención de alta calidad y se mantengan al día con los avances en medicina.
4. Recopilación y Análisis de Datos ya es fundamental para la toma de decisiones.
5. Optimizar la Gestión de Recursos para satisfacer las necesidades de atención médica de manera efectiva y se evite el desperdicio de recursos.
6. Fomentar la colaboración Interdisciplinaria
7. Establecer una Comunicación Efectiva estableciendo canales de comunicación claros y eficaces entre el personal médico, administrativo y los pacientes.
8. Fomentar la búsqueda constante de mejores prácticas y enfoques para la atención médica.
9. Promover la Medición de la Satisfacción del Paciente
10. para así identificar áreas de mejora y adaptar la atención a las necesidades y expectativas de los pacientes.


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 275 de 365 |

11. Garantizar la Gestión de Crisis y Planificación de Contingencias asegurando la continuidad de la atención médica y la seguridad del paciente en estas situaciones excepcionales.

Estas recomendaciones pueden contribuir a la mejora de la calidad de la atención médica y la eficiencia en un entorno hospitalario. Adaptarlas a las necesidades específicas de nuestra institución es fundamental para el éxito. De esta manera estamos convencidos de que la implementación de estas medidas contribuirá significativamente a elevar la calidad de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros pacientes.

Anexos: imágenes de compromisos institucionales con la comunidad




| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 276 de 365 |



Emulación, evaluación y difusión de las 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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 277 de 365 |

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.

5 GESTIÓN JURÍDICA

El presente informe fue elaborado con corte de 1 de enero de 2020 a 30 de septiembre 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 cuatienio en el desarrollo de su Plan de Acción Anual y los Planes Operativos Anuales por dependencia.

Teniendo en cuenta los puntos estratégicos definidos en el Plan de Acción anual, y explica los avances de sus objetivos estratégicos y las acciones que la E.S.E. ha venido trabajando este trimestre desde la Oficina Asesora Jurídica. Los puntos estratégicos son los temas definidos por la alta dirección de la E.S.E. Moreno y Clavijo, en los cuales la entidad se enfocará y los objetivos estratégicos son las líneas estratégicas de acción en los enfocados lograr la visión en la presente anualidad.

Para lograr los objetivos estratégicos se establecieron acciones a través del Plan Operativo Anual de la E.S.E. Moreno y Clavijo; Es importante destacar que los puntos estratégicos, los objetivos y las acciones desarrolladas por la entidad correspondieron a un ejercicio de planeación estratégica encaminadas al cumplimiento del objetivo de la entidad, que para el caso concreto de la dependencia a mi cargo- Oficina Asesora Jurídica, consiste en “... el diseño de estrategias, planes y acciones dirigidos a dar cumplimiento a las políticas de defensa jurídica de la Nación y del Estado definidas por el Gobierno Nacional; la formulación, evaluación y difusión de la políticas en materia de prevención de las conductas antijurídicas por parte de servidores y entidades públicas, del daño antijurídico y la extensión de sus efectos, y la dirección, coordinación y ejecución de las acciones que aseguren la adecuada implementación de las mismas, para la defensa de los intereses litigiosos de la Nación”

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 278 de 365 |

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 cuatreño

En lo que respecta a la Oficina Asesora Jurídica- Gestión jurídica y Contratación como programa le corresponden a la estrategia “Adherencia de políticas”, la cual en el Plan Estratégico Institucional 2020-2023.

GESTIÓN JUDICIAL,

El presente informe presenta las principales actividades de representación judicial que ha desarrollado la Oficina Asesora Jurídica ante las autoridades competentes, en pro de los intereses de la E.S.E. Moreno y Clavijo, durante el periodo comprendido desde el mes de enero de 2020 a septiembre de 2023, las cuales se describen a continuación

| CONSECUTIVO | ACCIÓN O MEDIO DE CONTROL | PRETENSIONES (\$) | ESTADO DEL PROCESO | EXPEDIENTE | RIESGO PROCESAL (REMOTO, BAJO, MEDIO, ALTO) |
|---------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| ADDALUZ-RIAÑO | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO POR FALLA MEDICA AL PERDER SU BEBE NACIDO VIVO Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE AL PAGO DE PERJUICIOS MATERIALES, DAÑOS MORALES Y DAÑOS A LA SALUD. | EL 22/07/2022, SE ORDENA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION, LOS CUALES SE PRESENTAN DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. | 81001-33-33-002-2013-00358-00 | REMOTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 279 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|
| ADRIANA GISEL HERNANDEZ PRADA | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 22/09/2021, EL DESPACHO FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL EI 29/09/2021, A LAS 14:40 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. EL DIA 20 DE OCTUBRE SE LLEVA A CABO AUDIENCIA DE PRUEBAS. • El 17 de noviembre del 2021, se continua con la audiencia de pruebas. • El día 26 noviembre del 2021, se presentaron Alegatos De Conclusión. | 2019-00062 | ALTO |
| ILENE MARIA BUENO ESCORCIA | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 21 DE ABRIL DEL 2023 SE COLOCA EN CONOCIMIENTO DE LA PARTE DEMANDANTE, LAS PRUEBAS REMITIDAS POR LA ESE MORENO Y CLAVIJO. EL DIA 31/08/2023, SE ORDENA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2019-00241-00 | ALTO |
| MARIO JAVIER BENAVIDES AMAYA | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 19 DE JULIO DEL 2021 SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA. EL 26/01/2022, SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 22 DE FEBRERO DEL 2022, A LAS 11:00 AM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. | 81001-2339-000-2019-00065-00 | ALTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 280 de 365 |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| ALEXANDER ESPINOSA | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO POR ACCIDENTE DE AMBULACIA | EL 25/05/2017, SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 06/02/2018, A LAS 04:30 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. 11/10/18 SE REALIZO AUD. DE PRUEBAS Y SE ORDENO A LA ESE ALLEGAR POLIZA DE RESPONSABILIDAD FISCA. 25/02/2019 LA PARTE DEMANDANTE ALLEGA RECIBIDO OFICIO REQUERIMIENTO. EL DIA 30/08/2023, SE ORDENA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2015-00245 | REMOTO |
| ALVARO JAIMES JAIMES | REPARACION DIRECTA | FALLA EN EL SERVICIO | EL 12/05/2021 SE RADICA CONTESTACION DE DEMANDA. EL 23/02/2022, SE ADMITE LLAMADO EN GARANTIA EN FAVOR DEL HOSPITAL DEL SARARE. EL DIA 22 DE AGOSTO DEL 2023, EL JUZGADO 4 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. | 2019-00379 | REMOTO |
| ALICIADES CLARO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 02 DE MAYO DEL 2023, EL JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO, FIJA FECHA PARA CELEBRAR AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, A LAS 03:40 PM. | 81001-3333-002-2018-0001800 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 281 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| PAULA ANDREA DUARTE LIZARAZO | REPARACION DIRECTA | FALLA EN EL SERVICIO | EL DIA 31 DE MARZO DEL 2022 SE LLEVA A CABO AUDIENCIA DE PRUEBAS ANTE EL JUZ 1 ADMINISTRATIVO DE ARAUCA, SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. SE ENCUENTRA AL DESPACHO PARA PROFERIR SENTENCIA. | 2019-00315 | REMOTO |
| SILDANA VACA ALFONSO | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 02/07/2021 SE RADICA CONTESTACION DE DEMANDA. EL 05/05/2023 EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DICTA SENTENCIA DE PRIMER GRADO Y ACCEDE PARCIALMENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. | 81001-2339-000-2019-00061-00 | ALTO |
| ANGELA YANETH GUARNIZO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE ADMITE DEMANDA Y SE REQUIERE PAGO DE GASTOS PROCESALES. SE NOTIFICA DEMANDA EL DIA 24 DE JUNIO DEL 2016. SE CONTESTO DEMANDA. EL 24/04/2017, SE CORRE TRASLADO DE EXCEPCIONES. EL 25/05/2017, SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PAR EL DIA 06/02/2018, A LAS 02:30 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO Y SE FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 11 DE OCTUBRE DEL 2018, A LAS 02:30 | 2015-00408 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 282 de 365 |

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| | | | <p>PM. LA CUAL SE LLEVA A CABO. 11/09/2019 AUTO PONE EN CONOCIMIENTO PRUEBAS. 22 de enero se cierra etapas de pruebas y se ordena presentar alegatos de conclusion , 29 DE ENERO DE 20 SE PRESENTARON LOS ALEGATOS</p> | | |
| ANGÉLICA MARÍA SARMIENTO GALVIS | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | <p>11/09/18 SE PROGRAMA AUDIENCIA INICIAL 25/04/2019 A LAS 10:30 P.M. SE REALIZA AUDIENCIA, SE DECRETAN PRUEBAS, Y FIJA FECHA PARA EL 27 DE NOV. DE 2019 A LAS 3:00 PM. 20/09/2019 APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE ALLEGA RECIBO DE LA CITACIONES. 27 DE NOV DE 19 TERMINA ETAPA PROBATORIA 10 DE DIC DE 19 LA PARTE DEMANDANTE ALLEGA ALEGATOS. SE PRESENTAN ALGATOS DE CONCLUSION.</p> | 2017-00092-00 | MEDIO |
| ANIBAL VESGA VESGA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS | <p>EL DIA 21/07/2022, EL DESPACHO NIEGA LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. EI 18/05/2023, SE CONCEDE</p> | 2016-00263-00 | REMOT O |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 283 de 365 |


| | | EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | RECURSO DE APELACION. | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|
| YHONNAMTAN QUINCHIA VILLAMIZAR | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. EL DIA 04/11/2022 EL DESPACHO ORDENA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION, LOS CUALES SE PRESENTARON DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. | 81001 3333 001 2020 00045 00 | ALTO |
| AVIZOR SEGURIDAD LTDA. | CONTROVERSIA CONTRACTUAL | LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO EN RAZON DE LAS FACTURA No 7481 DE 2015/03/24, 7482 DEL 2015/03/25; 7837 DEL 2015/04/14; 10891 DE 2015/12/10; 11100 DE 2016/01/09; 11611 DEL 2016/02/17. | EL DIA 29 DE AGOSTO DEL 2022, SE DICTA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA DE CARÁCTER CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD. | 81001-3333-002-2018-00059-00 | ALTO |
| BLACINA SANCHEZ TANGARIFE | ORDINARIO LABORAL | QUE SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y COMO CONSECUENCIA SE ORDENE EL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO, EL REINTEGRO Y PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES DEJADOS DE PERCIBIR. | EL 24 DE ENERO 2013, SE DICTA SENTENCIA CONCEDIENDO PRETENSIONES DE LA DEMANDA. EL 15/03/2019, EL TRIBUNAL SUPERIOR MODIFICA SENTENCIA CON ADICION Y CONFIRMA LO DEMAS.. | 810013105-001-2011-00109-00 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 284 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|
| BLANCA SOFIA ROJAS PICO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | QUE SE DECLARE LA NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE NEGÓ LA EXISTENCIA DEL CONTRATO Y EL PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES Y DEMÁS EMOLUMENTOS, Y EL REINTEGRO. | EL 11 DE DICIEMBRE DE 2012, SE ACEPTA IMPEDIMENTO Y SE DESIGNA SECRETARIO AD-HOC. EL 13 DE AGOSTO DE 2014, SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSIÓN. EL DÍA 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2015, SE DECLARA PROBADA LA EXCEPCIÓN DE FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA. SE CONCEDE APELACIÓN Y SE ENVÍO PARA LA OFICINA DE APOYO JUDICIAL 30/01/2016 15/11/2016 RECEPCIÓN MEMORIAL, MEMORIAL DEL PODER. | 810013331-002-2008-00162-00 | BAJO |
| ROSELIA MURILLO BUITRAGO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMÁS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DÍA 20 DE JUNIO DEL 2023, SE RADICA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA. | 81001 3333 001 2022 00479 00 | ALTO |
| WILLIAM GUEVARA FLOREZ | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMÁS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICÓ CONTESTACIÓN DE DEMANDA DENTRO DE LOS TÉRMINOS LEGALES. | 2020-00023 | ALTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 285 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| CARLOS ALBERTO BOTERO JIMENEZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO IJ-100-613 DEL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2013, QUE NEGÓ EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LAS ACREENCIAS LABORALES ADEUDADAS A LA ACTORA. Y COMO CONSECUENCIA SE ORDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO A PAGAR LAS ACREENCIAS LABORALES CAUSADAS DEL 01 DE ENERO DE 2008 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2013, INCLUYENDO AJUSTES SALARIALES. | EL DÍA 19 DE MAYO DEL 2023, EL JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO DE ARAUCA DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD, ACCEDIENDO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. | 81001-2333-003-2014-00319-00 | ALTO |
| JAIMARA YUDI CHAPARRO BAREÑO | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | EL DÍA 04 DE NOVIEMBRE DEL 2022, EL DESPACHO FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DÍA 16/05/2023 A LAS 11: 00 AM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. EL 23 DE AGOSTO DEL 2023, EL JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. | 2020-00042 | REMOTO |
| CARMEN CECILIA CEDEÑO SILVA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 20/09/2021, SE DICTA SENTENCIA NEGANDO LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. | 2017-196 | ALTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 286 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| CARMEN NOBELIS HIDALGO MADRID | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 16/12/2021, EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD. EL 21/02/2022 SE CONCEDE RECURSO DE APELACION. | 2017-00049-00 | ALTO |
| CATALINA Mejía DÍAZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | 28 DE ENERO DE 20 SE CIERRA ETAPA PROPATORIA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION, 29 DE ENERO DE 20 SE PRESENTARON LOS ALEGATOS | 2017-00480 | ALTO |
| CECILIO ANTONIO GOMEZ Y OTROS | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVA Y EXTRA CONTRACTUAL MENTE RESPONSABLE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO POR LOS PERJUICIOS Y DAÑOS CAUSADOS A LOS DEMANDANTES CON MOTIVO DEL FALLECIMIENTO DE JOSE DEMETRIO GOMEZ VASQUEZ, DEBIDO A LA DEFICIENTE Y OMISIVO SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL PRESTADO A ESTE CIUDADANO , QUE COMO CONSECUENCIA SE CONDENE LAS SUMAS DE DINERO ORIGINADAS EN LOS PERJUICIOS MATERIALES, PERJUICIOS MORALES Y PERJUICIOS A LA VIDA EN RELACIÓN. | EL DIA 29 DE AGOSTO DEL 2022, EL JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE ARAUCA, DICTA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA Y NIEGA LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. EL DIA 26/10/2022 SE CONCEDE EL RECURSO DE APELACION. | 810013333-002-2013-00090-00 | REMOTO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 287 de 365 |

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| Yaida Milena Gomez Sepulveda | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 14 DE ENERO DEL 2021 SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA. EL 30/08/2021, SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 26/10/2021, SE LLEVA A CABO AUDIENCIA INICIAL Y SE FIJA FECHA PARA EL DIA 29 DE MARZO DEL 2022, A LAS 09:00 AM, PARA LLEVAR A CABO LA AUDIENCIA DE PRUEBAS. | 2019-00367-00 | ALTO |
| Edinson Edinson Fernandez Mercado | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 10/05/2023, SE LLEVA A CABO AUDIENCIA INICIAL. EL 23 DE AGOSTO DEL 2023, EL JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. | 2019-0027100 | ALTO |
| Yejli Rodriguez Baron | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 25/11/2022, EL JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 08 DE FEBRERO DEL 2023, A LAS 08:40 AM. EL 02/02/2023, SE REQUIERE AL HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA PARA QUE ALLEGUE INFORMACION. | 2016-00108 | ALTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  <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 288 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------|
| CIRO ALFONSO SOLOZA ALVARADO | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | <p>03/08/2018 Auto que aplaza fecha de audiencia inicial debido a un incidente de nulidad interpuesto por la aseguradora. SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 24 DE JULIO DEL 2019, A LAS 03:00 PM.</p> <p>08/11/2019 MUNICIPIO DE TAME PRESNETA PRUEBAS A PETICION. SE FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 28/11/2019, A LAS 09:00 AM. SE SUSPENDIÓ AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 09 DE JUNIO DE 2020 A LAS 9 AM; 20 de enero de 2020 LA CLINICA MEDICAL ALLEGA HISTORIA CLINICA DEL SEÑOR CIRO SOLOZA VASQUEZ.(GIBE)</p> <p>EL DIA 02/10/2023, EL JUZGADO 4 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO.</p> | 81001-3333--751-2015-00015-00 | REMOTO |
| CONSORCIO PROGSALUD 2015 – NGM SOLUCIONES INTEGRALES LTDA – OMAR GOMEZ CARREÑO | CONTROVERSIAS CONTRACTUALES | Se declare la Nulidad de los siguientes actos administrativos expedidos por la ESE MORENO Y CLAVIJO: · resolución 185 del 08 de agosto de 2016, por medio del cual se LIQUIDA UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE COMPRAVENTA NUMERO 01-032-2015; cuyo objeto | <p>27/06/2018 audiencia inicial</p> <p>31/08/2018/ 2:30 p.m 31/08/2018 DENTRO DE LA AUDIENCIA SE FIJO FECHA PARA LLEVAR A CABO AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DÍA 10/10/2018 14:30 P.M. LA CUAL SE LLEVA A CABO Y SE PRESENTAN</p> | 81-001-23-39-000-2018-00019-00 | MEDIO |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 289 de 365 |

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|
| | | corresponde "MODERNIZACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS MEDIANTE LA ADQUISICIÓN Y PUESTA EN | ALEGATOS DE CONCLUSION. | | |
| DARLY DAYANA ECHAVARRIA CARDENAS | REPARACION DIRECTA | Que se declare administrativa y patrimonialmente por la falla en el servicio médico que condujo a la muerte del señor JUAN DE JESUS ECHAVARRIA | EL DIA 14/12/2022, SE FIJA FECHA AUDIENCIA INICIAL PARA EL 24/10/2023, A LAS 03:40 PM. | 2018-060 | MEDIO |
| DARWIN ORLANDO RINCON SALAMANCA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2023 EL DESPACHO DICTA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA ACCEDIENDO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. | 2014-00431 | ALTO |
| YAMILETH ARIAS ARANGO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2018, SE DICTA SENTENCIA CONDENATORIA. EL 23 DE ABRIL DEL 2019, EL JUZ 2 ADM ACLARA SENTENCIA. 08/05/2019 SE RECIBIO RECURSO DE APELACION POR LA PARTE ACTORAL. 29/05/2019 SE FIJA FECHA DE AUDIENCIA DE CONCILIACION PARA EL 04 DE JULIO DEL 2019 A LAS 5:45 PM. 04/07/2019 SE LLEVÓ ACABO AUD DE CONCILIAON | 2014-00412 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 290 de 365 |


| | | | |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | <p>Y SE DECLARA FALLIDA LA MISMA. SE ORDENO LA REMISION DEL EXPEDIENTE AL SUPERIOR. 16/07/2019 SE ENVIO EXPEDIENTE A LA OFICINA DE APOYO JUDICIAL CON EL FIN DE QUE SURTA EL RECURSO DE APELACION EN EL EFECTO SUSPENSIVO INTERPUESTA POR AL PARTE DEMANDAD ANTE EL TRIBUNAL. EL 27 DE FEBRERO DEL 2020, EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO ADMITE EL RECURSO DE APELACION PRESENTADO POR LA PARTE ACTORA, MEDIANTE LA CUAL SE ACCEDIO PARCIALMENTE A LAS PRETENSIONE DE LA DEMANDA. EL DIA 20/05/2022, EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO CONFIRMA SENTENCIA.</p> | |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 291 de 365 |


| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| DIANA JAZMIN PARRA ORTIZ | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS. | EL DIA 30 DE JUNIO DEL 2015, SE DICTA SENTENCIA NEGANDO LAS SUPPLICAS DE LA DEMANDA. MEDIANTE AUTO DE FECHA 28/08/2015, SE CONCEDE RECURSO DE APELACION PARA ANTE EL TRIBUNAL. EL 06 DE OCTUBRE DEL 2015, SE ADMITE RECURSO DE APELACIÓN..19/08/2015 AL DESPACHO PARA APELACION. 31/08/2015 AUTO QUE ORDENA ENVIAR AL TRIBUNAL RECURSO DE APELANCION. | 810013331-002-2010-00178-00 | REMOTO |
| DIANA MABEL OLIVARES SARMIENTO | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | VENCE PLAZO PARA CONTESTAR EL 27/09/2018. • El día 27 de septiembre del 2018, se radico contestación de demanda. 05/03/2019 AL DESPACHO EN CONSIDERACION PARA FIJAR FECHA DE AUDIENCIA INICIAL. 15/07/2019 RECEPCION MEMORIAL. SOLICITUD ALLEGANDA POR EL APODERADO DE LA APARTE DEMNADATE. 21 de enero del 20 se fija aud inicial para el 21 de julio del 20 a las 5:00pm. SE REPROGRAMA AUDIENCIA | 2018-147 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 292 de 365 |


| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| | | | INICIAL PARA EL 28 DE OCTUBRE DE 2020 A LAS 10:30 AM. Fijar como nueva fecha para realizar la audiencia de pruebas, el día 05 de agosto de 2021 a las 9:00 a.m. SE PRESENTARON ALEGATOS DE CONCLUSION. | | |
| DIANA XIMENA MENDOZA GONZALEZ | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA EL DIA 11/02/2019. 23/04/2019 CONTESTACION A LAS EXCEPCIONES ALLEGADA POR EL APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE. 23/09/2019 AL DESPACHO A CONSIDERACION PARA FECHA DE AUDIENCIA. 21 de enero del 20 se fija aud inicial para el 21 de julio de 20 a las 4:00pm. SE REPROGRAMA AUDIENCIA INICIAL PARA EL 28 DE OCTUBRE DE 2020 A LAS 9:00 AM. EL 11 DE MAYO DEL 2021, SE LLEVA A CABO LA AUDIENCIA DE PRUEBAS, Y SE OTORGAN 10 DIAS PARA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION. EL 24/05/2021 SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2018-00205 | ALTO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 293 de 365 |

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| JAIR ENRIQUE ANDRADE FANDIÑO | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 09/02/2018, SE REQUIERE A LAS PARTES ALLEGAR CONSTANCIA DE NOTIFICACION DEL ACTO ADMINISTRATIVO G-100-145 DEL 14/06/2017. | 2018-00003 | ALTO |
| EDGAR MAURICIO MEDINA GUTIERREZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | ERL DIA 10/11/2022, EL JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO DE ARAUCA, FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 7 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, A LAS 03:00 PM. EL 31 DE AGOSTO DEL 2023, EL JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO Y FIJA FECHA DE AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 14/09/2023, A LAS 03:00 PM. | 2017-00168-00 | ALTO |
| EDWIN MELESIO ABRIL CAMUAN | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVA Y EXTRACONTRACTUAL MENTE RESPONSABLE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO POR LOS PERJUICIOS Y DAÑOS CAUSADOS A LOS DEMANDANTES CON MOTIVO DEL FALLECIMIENTO DE LA SEÑORA LIDA ZULAY VILLEGAS , DEBIDO A LA DEFICIENTE Y OMISIVO SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL PRESTADO AL MOMENTO DEL INGRESO AL CENTRO HOSPITALARIO SAN | 30/04/2018 SE CONTESTÓ DEMANDA. SE FIJA FECHA DE AUD. INICIAL PARA EL DIA 01 DE AGOS. DE 2019 A LAS 8:30 AM LA CUAL SE LLEVO ACABO Y SE FIJA FECHA PARA AUD. DE PRUEBAS PARA EL DIA 07 DE MAYO DEL 2020 A LAS 10:30 AM. 28/08/2019 RECEPCION MEMORIAL RESPEUSTA A OFICIO ALLEGANDO POR PARTE DE | 2017-133 | REMOTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 294 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| | | Antonio DE Tame, QUE COMO CONSECUENCIA SE CONDENE LAS SUMAS DE DINERO ORIGINADAS EN LOS PERJUICIOS MATERIALES, PERJUICIOS MORALES Y PERJUICIOS A LA VIDA EN RELACIÓN. | MEDICINA LEGAL. EL 22/06/2021, SE LLEVO A CABO AUDIENCIA DE PRUEBAS. SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | | |
| EIDER MERCHAN MECHE Y ZURET ROSALBA CONTRERAS. | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. | 15/08/2018 se realizó audiencia inicial. SE REALIZA AUD. DE PRUEBAS. SE SUSPENDE HASTA QUE SE RECAUDE EL DICTAMEN PERICIAL, ADEMÁS SE CONCEDE EL TÉRMINO DE 3 DÍAS PARA QUE LOS TESTIGOS JUSTIFIQUE SU INASISTENCIA. 19/03/2019 SE REALIZA AUD. DE PRUEBAS, SE SUSPENDE HASTA QUE SE RECAUDE EL DICTAMEN PERICIAL. 21/03/2019 EXCUSA POR INASISTENCIA EL 19 DE MARZO DE 2019 | 2016-00223 | REMOTO |
| ELBANO YANCY PATIÑO | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE | SE CONTESTO DEMANDA. INFORMACIÓN TOMADA DEL LIBRO RADICADOR. EL 16 DE MAYO DE 2013 SE DICTA SENTENCIA A FAVOR DE LA ESE. SE ENCUENTRA EN APELACION ANTE EL CONSEJO DE ESTADO. | 810012333-003-2010-00036-00 | REMOTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 295 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| | | LA PRESUNTA FALLA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS. | 03/09/2014 SE REMITE AL CONSEJO DE ESTADO MEDIANTE OFICIO N°1367 DEL 16 DE JULIO DE 2013. | | |
| ELIANA YENNIFER GRISMAN GUAQUE | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 30 DE JUNIO DEL 2023, EL DESPACHO DICTA SENTENCIA CONDENATORIA ACCEDIENDO A LA PRETENSIONES DE LA DEMANDA. | 2017-0334 | ALTO |
| ELIZABETH ROZO MEDINA Y OTROS | REPARACION DIRECTA | DECLARAR ADMINISTRATIVA Y EXTRA CONTRACTUAL MENTE RESPONSABLE A EL MUNICIPIO DE BOGOTA D.C., LA ESE MORENO Y CLAVIJO Y TOROS, POR LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LOS DEMANDANTES CON OCASIÓN DE ASUMIR UNA FALLA DEL SERVICIO DE SALUD EN LA PERSONA DE JESUS ANTONIO TIRADO RIOS, (Q.E.P.D) | SE FIJA FECHA DE AUDIENCIA DE PRUEBAS EL 01 DE NOVIEMBRE DE 2018 A LAS 8: 30 A.M, LA CUAL SE LLEVA A CABO. EL DIA 15/11/2018, SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. 21/02/2019 SE INGRESA AL DESPACHO DEL SEÑOR JUEZ PARA PROFERIR SENTENCIA EN PRIMERA INSTANCIA. EL DIA 02/12/2021, EL AQUO NIEGA LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.EL 04/04/2022 SE CONCEDE RECURSO DE APELACION ANTE EL TRIBUNAL. | 810013333-002-2013-00001-00 | REMOTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 296 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|
| ENRIQUETA MORENO ORTIZ Y OTROS | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE E RESPONSABLES A LA DEMANDADA DE LOS PERJUICIOS MATERIALES, MORALES Y DE LA VIDA EN RELACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA MALA ATENCIÓN Y FALLECIMIENTO DEL RECIEN NACIDO. | SE FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL 24/08/2021, A LAS 08:30 AM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. SE FIJA CONTINUACION DE AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 06 DE JULIO DEL 2023 A LAS 3 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 81001-33-33-002-2013-00260-00 | REMOTO |
| FIDEL ALBERTO MORALES PINZON Y OTROS | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE E RESPONSABLES A LA DEMANDADA DE LOS PERJUICIOS MATERIALES, MORALES Y DE LA VIDA EN RELACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN EL SERVICIO CON OCASIÓN DE LA ATENCIÓN PRESTADA. | SE FIJA FECHA DE AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 19/05/2016, A LAS 03:40 PM. MEDIANTE AUTO DE FECHA 06/04/2016 SE APLAZA PARA EL DIA 20/06/2016, A LAS 10:20 AM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. EL 23/06/2016, SE CORRE TRASLADO DE EXCEPCIONES. SE FIJA FECHA DE AUDIENCIA DE PRUEBAS, PARA EL DIA 18/04/2017, A LAS 08:40 AM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. SE CONTINUA EL DIA 29 DE NOVIEMBRE DEL 2017, A LAS 02:30 AM. SE PRESENTARON ALEGATOS DE CONCLUSION. 11/12/2017 RECEPCION MEMORIAL, LA JUNTA REGIONAL DE BOGOTA ALLEGA DICTAMEN PERICIAL. | 8100133333002-2014-00169*-00 | REMOTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 297 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| FIDELIA PARADA MEDINA | REPARACION DIRECTA | FALLA EN EL SERVICIO | EL DIA 04 DE AGOSTO DEL 2020, EL DESPACHO NIEGA LAS PRESTENSIONES DE LA DEMANDA. | 810013333-02-2012-00111-00 | BAJA |
| FLOR DE MARIA CRUZ SARMIENTO | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS. | PARA SENTENCIA. INFORMACION TOMADA DEL LIBRO RADICADOR. EL 12 DE JULIO DE 2012 SE DICTA SENTENCIA A FAVOR DE LA ESE. SE ENCUENTRA EN APELACIÓN ANTE EL CONSEJO DE ESTADO. 25/06/2019 SE RECIBIO DEL HONORABLE CONSEJO DE ESTADO. | 810012333-003-2010-00009-00 | REMOTO |
| FRANSELINA DIAZ RODRIGUEZ | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | EL DIA 21 DE ABRIL DEL 2023, EL JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO, ORDENO A LOS DEMANDANTES APORTAR PODER A NUEVO ABOGADO.- | 2016-00398-00 | REMOTO |
| YAJAIRA ROJAS AMADOR | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | 22/01/2019 SE REANUDÓ LA AUDIENCIA DE PRUEBAS, SE DIERON LOS TRES DIAS PARA JUSTIFICAR INASISTENCIA. 13/05/2019 EL APODERADO ALLEGA EXCUSAS POR LA INASISTENCIA A LA AUDIENCIA. SE FIJA FECHA PARA AUDIENCIA DE PRUEBAS , PARA EL DIA 09/05/2023, A LAS 09:30AM. SE SUSPENDE | 2016-00168 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 298 de 365 |

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| | | | AUDIENCIA HASTA NUEVA FECHA. | | |
| GEORGINA MOLINA SAAVEDRA | EJECUTIVO LABORAL | PAGO DE SENTENCIA. | 10/08/18 Se corre traslado a las excepciones por el término de diez (10) días.. AUDIENCIA PARAGRAFO 1, ARTICULO 42 C.P.T.S.S, PARA EL DIA 05/09/2019, A LAS 04:00 PM. SE FIJA NUEVAMENTE FECHA PARA AUD. EL DIA 27 DE NOV. DEL 2019 A LAS 08:00 AM 11 DE DIC DE 19 AUTO QUE ACEPTA LA TRANSACCION SUSCRITA ENTRE LAS PARTES , 15 DE ENERO PARTE DEMANDATE SOLICITAN LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO , EL EMBARGO DE CUENTA JUDICIALES , | 2010-00191 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 299 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| GLADIS RAMIREZ DE AVILA | REPARACION DIRECTA | <p>QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS.</p> | <p>MAYO 12 DE 2010 AL DESPACHO, JUNIO 22 DE 2010 SE ABRE EL PROCESO A PRUEBAS. EL 27 DE AGOSTO DEL 2014, SE ORDENA REMITIR COPIAS AL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES PARA SER EVALUADO DEFINITIVAMENTE . EL 22 DE MAYO DEL 2015, SE RECONOCE PERSONERIA AL DR JUAN C TORRES. EL 28/08/2015, SE OFICIA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PARA QUE EMITA CONCEPTO CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DE MARIA FERNANDEZ AVILA. EL 31/08/2015 AUTO ORDENA OFICIAR. EL 14/12/2015, AUTO RODENA, REQUIERE APODERADO PARA CANCELAR VALOR DE LA PERICIA SOLICITADA. 13 DE ENE DE 2016 MEMORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PRESENTADO POR CORREO EN 1 FOLIO 3 ANEXOS Y 1 TRASLADO NO REALIZANDO PERITAJE SOLICITADO.</p> | 810013331-002-2009-00081-00 | REMOTO |
|-------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 300 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| DIEGO ALEJANDRO BAUTISTA | REPARACION DIRECTA | FALLA EN EL SERVICIO | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. | 2019-00401 | REMOTO |
| HELDA GARCIA DE MURILLO | EJECUTIVO | SE LIBRE MANDAMIENTO EN CONTRA DE LA ESE MORENO CLAVIJO, UAESA CON EL FIN DE QUE PAGUE CONDENA IMPUESTA EN PROCESO DE REPARACION DIRECTA. | MEDIANTE PROVEIDO DE FECHA 11/12/2015, EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO REVOCA FALLO DE PRIMERA INSTANCIA CONDENANDO A LA UAESA Y SOLIDARIAMENTE A LA ENTIDAD. EL JUZGADO 1. ADM ORDENA PRESENTAR LA LIQUIDACION DEL CREDITO ART 521 DEL C.P.C. 18/05/2012 AL DESPACHO. EL 09 DE MAYO DEL 2012 VENCIO EL TRASLADO A LA PARTE CONTRARIA DE LA SUSTENTACION DEL RECURSO, SIN PRONUNCIAMIENTO. 20/03/2013 AUTO QUE DECIDE RECURSO 1) NO LIBRA MANDAMIENTO DE PAGO EN CONTRA DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA. 2) LIBRAR MANDAMIENTON DE PAGO EN OCNTRA DE L AUAESA Y LA ESE MORENO. 22/0372013 ESTADO MODIFICA NUMERALES 1 Y 2, NO LIBRA | 810013331-002-2012-00010-00 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 301 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|
| | | | MANDAMINETO DE PAGO EN CONTRA DE LA GOBERNACION DE ARAUCA SI DE LA UAESA Y ESE MORENO. 17/04/2013 SE REMITIO AL JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO. | | |
| HERNANDO JOSE LOPEZ RODRIGUEZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | 20 de AGOS DE 2019 INGRESA AL DESPACHO PARA SENTENCIA. | 2017-119 | ALTO |
| HOLMER DARIO SANCHEZ PEREZ | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 21/02/2023, SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION | 2017-208 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 302 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|
| INGRID LILIANA VARGAS SANCHEZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | 23/04/2018 SE CONTESTÓ DEMANDA. 10/05/2018 TRASLADO DE EXCEPCIONES 09/07/18 fija fecha audiencia inicial 29 /11/18 4:00.p, LA CUAL SE LLEVA A CABO. 11/02/2019. EL APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE ALLEGA RECIBIDOS DE LOS OFICIOS ENTREGADOS A LAS ENTIDADES. SE FIJA FECHA DE AUD. DE PRUEBAS PARA EL 25 DE JUNIO DEL 2019 A LAS 9:00 AM LA CUAL SE CELEBRO Y SE SUSPENDIO DANDO LE NUEVA FECHA PARA EL 18 DE FEBRERO DEL 2020 A LAS 09:00 AM . 29/08/2019 RESPUESTA A OFICIO ALLEGADA POR EL ESE. EL DIA 09 DE NOVIEMBRE DEL 2022 . EL DIA 09/11/2022, EL JUZGADOP 3 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. | 2017-212 | ALTO |
| JAIRO PEÑA PEÑA | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE Y RESPONSABLES A LA DEMANDADA DE LOS PERJUICIOS MATERIALES, MORALES Y DE LA VIDA EN RELACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN EL SERVICIO CON OCASIÓN DE LA | EL DIA 02/112022 EL JUZ 3 ADMINISTRATIVO FIJA FECHA PARA CONTINUAR CON LA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 23/08/2023, A LAS 14:40 PM. | 810013333002-2014-00172-00 | REMOTO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 303 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| | | ATENCIÓN PRESTADA. | | | |
| JOHAN GREGORIO CHAVES | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 28/02/2023 SE DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD. EL DIA 13/03/2023 LA APODERADA DEL ACCIONANTE INTERPONE RECURSO DE APELACION PARCIAL CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA. EL DIA 04/09/2023, EL DESPACHO CONCEDE RECURSO DE APELACION. | 2017-00503 | ALTO |
| JOHNATAN ALBERTO RUIZ ALTAMAR | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 22 DE NOVIEMBRE DEL 2022, EL J 1 ADMINISTRATIVO DE ARAUCA DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD. | 2016-00172 | ALTO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 304 de 365 |


| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| JORGE ANDRES ACUÑA MORA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | AUDIENCIA DE PRUEBAS EL 16/11/2018 9:00A.M, la cual se lleva a cabo. 16/11/2018 SE CIERRA ETAPA PROBATORIA. 21/11/2018 APODERADO DOTE PRESENTA ALEGATOS 30/10/2019 AL DESPACHO PARA SENTENCIA. 13 DE ENERO DE 2020, REVOCATORIA DEL PODER Y PAZ Y SALVO ALLEGADO POR EL APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE | 2016-00213-00 | ALTO |
| JOSE ANTONIO MAHECHA ORTIZ | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 25/04/2023, EL DESPACHO FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 28/07/2023, LA CUAL SE LLEVA A CABO. | 2018-188 | ALTO |
| JOSE HUMBERTO NIEVES | EJECUTIVO LABORAL | PAGO DE SENTENCIA DE FECHA 24/01/2013 Y 22 DE OCTUBRE DEL 2014. PRESTACIONES SOCIALES. | El Juzgado mediante auto de fecha 21 de septiembre de 2022, proferido dentro del asunto en referencia, dispuso decretar el embargo y retención de los dineros que la ESE MORENO Y CLAVIJO cancele o tenga por cancelar el demandado JOSE HUMBERTO NIEVES identificado con CC. No 17.582.399, dentro del proceso | 2011-00080 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 305 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| | | | <p>radicado 81-001-31-05-001-2011-00080-00, adelantado por este su contra, limitando la medida a la suma de CUARENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS (\$47.000.000.00) M/CTE</p> | | |
| JOSE IGDALIA RAMON ANAVE | REPARACION DIRECTA | <p>QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS.</p> | <p>MARZO 27 DE 2012, AUTO DE MEJOR PROVEER. INFORMACIÓN TOMADA DEL LIBRO RADICADOR. EL 26/02/2015 SE DESIGNA PERITO SOLICITADO POR CAPRECOM. EL 30/04/2015 SE RECONOCE PERSONERIA AL DR JUAN C TORRES. EL 09 DE JUNIO DEL 2015, SE ORDENA DESIGAR PERITO GINECO OBSTETRA. EL 26/04/2016, SE ORDENA A LA PARTE ACTORA CANCELAR LOS GASTOS DEL PERITO. 22/04/2019 AUTO ORDENA NOTIFICAR LA SENTENCIA PROFERIDA POR EL JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO DE TUNJA. 26/04/2019 SE FIJA SENTENCIA PARA EL 29 DE MARZO DEL 2019. 10/05/2019 APELACION ALLEGADA POR EL APODERADO DE LA PARTE</p> | 810013331-002-2010-00095-00 | REMOTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 306 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| | | | <p>DEMANDANTE. SE ENVIA AL TRIBUNAL MEDIANTE AUTO DEL DIA 12 DE SEP. DEL2019 PARATRAMITE DE APELACION. 16 DE SEPT DE 19 se envia al tribunal mediante auto del dia 12 de septiembre de 2019 para tramite de apelacion</p> | | |
| KAREN DAYANA TRASLAVIÑA LOPEZ | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | <p>EL 28/06/2017, SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 22/02/2018, A LAS 04:30 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO Y SE FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 23 DE OCTUBRE DEL 2018, A LAS 08:30 AM, LA CUAL SE LLEVA A CABO Y SE FIJA NUEVA FECHA PARA CONTINUAR EL DIA 26/02/2019, A LAS 03:30 PM.</p> <p>12/03/2019 ALEGATOS DE CONCLUSION PRESENTADOS POR EL HOPITAL DEL SARAVENA. 20 de enero 2020 PODER CONFERIDO POR LA PARTE DEMANDANTE</p> | 2015-00369-00 | MEDIO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 307 de 365 |

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| KARLA CATALINA MOLLER | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | 07/07/2018 AUDIENCIA INICIAL 01/11/18 A LAS 4:30 P.M, LA CUAL SE LLEVA A CABO. 09/04/2019 RESPUESTA A OFICIO 0063 ALLEGADO POR LA ESE MORENO Y CLAVIJO (GIBE). SE FIJA AUD. PARA EL 5 DE JUNIO DE 2019 A LAS 9 AM. LA CUAL SE LLEVO ACABO Y SE ORDENÓ REITERAR A LA DEMANDA. 22 DE ENERO DE 2020 EL APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE ALLEGA DESISTIMIENTO DE LA PRUEBA DOCUMENTAL.(GIBE) | 2017-280 | ALTO |
| YURI ANDREA GALVIS ALVARADO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 21/04/2022 SE LLEVA A CABO AUDIENCIA DE PRUEBAS Y SE ORDENA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION. SE PRESENTAN ALEGATOS. | 2017-00292 | ALTO |
| MARTHA LINEY LEON SANTOS | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 18 DE FEBRERO DEL 2020, SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA. | 209-00384 | ALTO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 308 de 365 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|
| LUISA ADELINA RODRIGUEZ RISCANEVO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 24 DE FEBRERO DEL 2020, SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA. | 2019-000362 | ALTO |
| LUCY MEDINA MARTINEZ | ORDINARIO LABORAL | SE DECLARE EL CONTRATO REALIDAD O CONTRATO LABORAL Y EN CONSECUENCIA SE RECONOZCA Y PAGUEN LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS PRTEENDIDOS, COMO TAMBIEN SU REINTEGRO Y PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES DEJADAS DE PERCIBIR DESDE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO HASTA SU REINTEGRO | SE DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EL 22 DE COTUBRE DE 2014, . 04/DICIEMBRE/2019 SE APRUEBA LA LIQUIDACION DE COSTAS. EL 31/05/2023, SE PRESENTA SOLICITUD DE PAGO POR EL APODERADO DE LA ACCIONANTE. | 810013105-001-201-00057-00 | ALTO |
| ADELA PEREZ SARMIENTO | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 11 DE DICIEMBRE DEL 2020 SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA. EL DIA 26/10/222 SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 24/11/2022 A LAS 0900 AM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. | 2020-00048-00 | ALTO |
| LUIS ARCEÑO GONZALEZ ANGARITA Y OTROS | REPARACION DIRECTA | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 30 D EJUNIO DEL 2023, EL DESPACHO DICTA SENTENCIA NEGANDO LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. EL 04/09/2023, EL DESPACHO CONCEDE RECURSO DE APELACION. | 2015-00131 | REMOTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 309 de 365 |

| | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| AGUSTIN BOHORQUEZ NARANJO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA EL DIA 10 DE JULIO DEL 2021. SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 06 DE OCTUBRE DEL 2022. EL 25/11/2022, SE ATIENDE REQUERIMIENTO EFECTUADO POR EL DESPACHO. EL DIA 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, EL DESPACHO CORRE TARSALDO DE DOCUEMNTOS POR EL TERMINO DE TRES DIAS | 2020-00349-00 | |
| LUIS DANIEL GUEDES CASTRO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 22 DE MARZO DEL 2017, SE NOTIFICO DEMANDA, Y SE CONTESTO DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 22 DE FEBRERO DEL 2018, A LAS 09:30 AM, LA CUAL SE LLEVA A CABO Y SE FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 16 DE OCTUBRE DEL 2018, A LAS 04:30 PM. LA CUAL E LLEVA A CABO., FALTO LAS PRUEBAS DOCUMENTALES DE DICHA AUD, APENAS LAS ALLEGUEN SE NOTIFICARA PARA HACER LA RESPECTIVA AUD DE LAS MISMAS , 02 DE MARZO DE | 2016-00049 | ALTO |
| | | | | | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 310 de 365 |

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
| | | | <p>18 OFICIO DIRIGIDO HACIA LA E.S.E DONDE SOLICITAN CERTIFICAR LOS CARGOS EXISTENTES EN LA PLANTA DEL PERSONAL DE LA E.SE. EN NIVELES TECNICOS Y ASISTENCIALES. SE RADICO TRANSACCION ANTE EL DESPACHO, A FIN DE QUE SE IMPARTA APROBACION.. EL 10/08/2022 EL DESAPCHO IMPRUEBA TRANSACCION.</p> | | |
| LUIS JAVIER MOLINA MOJICA | REPARACION DIRECTA | <p>QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUAL MENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLOGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS.</p> | <p>EL DIA 05 DE MAYO DEL 2023, EL DESPACHO FIJA CONTINUACION DE AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 25/07/2023 A LAS 03:00 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO</p> | 2014-00038 | REMOTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 311 de 365 |

| | | | | | |
|---------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| LUZ DARY SUAREZ ORTIZ | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | 31/008/2018 CONTESTACION DEMANDA. 16/10/2018 TRASLADO DE EXCEPCIONES ORALIDAD. 22/06/2019 INGRESA EL DESPACHO PARA FIJAR FECHA DE AUD. INICIAL. SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 21 DE MAYO DEL 2020, A LAS 10:00 AM. SE REPROGRAMA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 21 DE OCTUBRE DE 2020, A LAS 10:30 AM. EL 27 DE ABRIL DEL 2021, SE LLEVA A CABO LA AUDIENCIA DE PRUEBAS. EL 30 DE ABRIL DEL 2021, SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2018-075 | ALTO |
| LUZ ISABEL SANCHEZ TAVERA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 24 DE ENERO DEL 2023, EL J 3 ADM, DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD. | 2016-00295 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 312 de 365 |

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|
| LUZ MARINA PEREZ TORREZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | QUE SE DECLARE LA NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE NEGÓ LA EXISTENCIA DEL CONTRATO Y EL PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES Y DEMÁS EMOLUMENTOS, Y EL REINTEGRO. | EL 7 DE DICIEMBRE DE 2012, SE ACEPTA EL IMPEDIMENTO Y SE DESIGNA SECRETARIO AD-HOC. INFORMACIÓN QUE SE TOMA DEL LIBRO RADICADOR POR CUANTO EL PROCESO SE ENCUENTRA AL DESPACHO DEL SEÑOR JUEZ. EL 24 DE OCTUBRE DEL 2014 SE RECONOCE PERSONERÍA A LA DRA MARIA CONSTANZA BARIOS. EL 21/04/2015, SE RECONOCE PERSONERÍA AL DR JUAN C TORRES. EL 05/06/2015, SE RECONOCE PERSONERÍA AL DOCTOR CARLOS HELI ROJAS CARREÑO. 22/02/2019 RENUNCIA DEL PODER DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA. 07/03/2018 RECEPCION MEMORIAL. DEPARTAMENTO DE ARAUCA ALLEGA NUEVO PODER | 810013331-002-2008-00157-00 | |
| MAGDA YANET SALAZAR PERILLA | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMÁS EMOLUMENTOS A | 15/06/2018 AUTO ADMTE DEMANDA. 19/10/2018 TRASLADO DE EXCEPCIONES ORALIDAD. EL 07 DE DICIEMBRE DEL 2022, EL JUZAGDO 3 ADMINISTRATIVO | 2018-123 | ALTO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 313 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| | | QUE TENGA DERECHO. | DE ARAUCA, OREDENA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION. SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | | |
| MANUEL CHAVEZ BELEÑO Y OTROS | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE RESPONSABLES Y DE MANERA SOLIDARIA DE LOS PERJUICIOS MATERIALES, MORALES Y DE VIDA DE RELACIÓN CAUSADOS A LOS ACCIONANTES POR LA FALLA DEL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD QUE LA CAUSO LA MUERTE A LOS SEÑORES EMILSON CHAVEZ ARZUZA Y WALBERTO CHAVEZ ARZUZA, EN UN ACCIDENTE DE TRANSITO OCACIONADO POR LA AMBULANCIA DE PLACAS OZC 868M PERTENECIENTE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO. | EL 02 DE MAYO DEL 2023, SE DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD. EL DIA 04/09/2023, EL DESPACHO CONCEDE EL RECURSO DE APELACION. | 81001-3331-001-2012-00011-00 | ALTO |
| MARGARITA ADARME ALARCON | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA | SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. 23/10/2019 AL DESPACHO PARA SENTENCIA. 07/03/2019 CONFIERE PODER. | 2014-00026-00 | REMOTO |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 314 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|
| | | EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS. | | | |
| RUTH MARIA RODRIGUEZ CABALLERO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL 03 DE SEPTIEMBRE DEL 2020 A LAS 04:00 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. SE FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 03/03/2021, A LAS 09:00 AM. SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2017-00484 | ALTO |
| MARIA BETULIA PINILLA VERA | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 11/01/2023, EL JUZ 3 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. EL 05/06/2023, EL DESPACHO ORDENA EL CIERRE DEL PERIODO PROBATORIO Y CORRE TRASLADO A LAS PARTES PARA PRESENTAR LOS ALEGATOS DE CONCLUSION. SE PRESENTAN ALEGATOS. | 2017-00335-00 | ALTO |
| RUTH GUERRERO ARIAS | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 27 DE JULIO DEL 2023, SE RADICA CONTESTACION DE LA DEMANDA. | 81001 3333 003 2023 00010 00 | ALTO |
| MARIA OLGA MORENO ALVAREZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS | EL DIA 28/02/2023 SE DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD. | 2016-00149-00 | ALTO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 315 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| | | EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | | | |
| MARIA TRANSITO IBAÑEZ GALAN Y OTROS | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | 14 DE JUN DE 17 AUTO ADMITE DEMANDA Y ORDENA CANCELAR GASTOS PROCESALES POR VALOR DE \$30.000, 03 DE NOV DE 17 APODERADO ESE MORENO Y CLAVIJO ALLEGA CONTESTACION DEMANDA; 05 DE MARZ DE 18 DR. JUAN CARLOS TORRES DIAZ ALLEGA RENUNCIA; 25 DE JUN DE 18 MEDIANTE ESTADO N. 67 SE NOTIFICA AUTO DEL 22/06/2018 QUE ADMITE LLAMADO EN GARANTIA; 11 DE MARZ DE 2020 CONTESTACION DE LA DEMANDA ALLEGADA POR EL LLAMADO EN GARANTIA HOSPITAL DEL SARARE.(GIBE) | 81001-3331-001-2016-00438-00 | REMOTO |
| JORGE ABDRES NARANJO PERALES | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICA CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. | 81001 3333 001 2022 00391 00 | ALTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 316 de 365 |

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|
| MARIEDID SANCHEZ ESTUPIÑAN | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | EL DIA 07 DE OCTUBRE DEL 2022, ELDESPACHO DICTA SENTENCIA NEGANDO LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. EL 18 DE NOVIEMBRE DEL 2022, EL JUZGADO CONCEDE RECURSO DE APELACION. | 2015-00067 | REMOTO |
| NULFO ARENAS NIÑO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICA CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. | 81 001 3333 001 2023 00019 00 | ALTO |
| ALEXANDER PACHECO MUÑOZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. EL DIA 28 DE AGOSTO DEL 2023, EL JUZ 4 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. | 2019-00361 | ALTO |
| MARLEN ROMERO CHAVEZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 26 DE ENERO DEL 2023, EL JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE ARAUCA, AVOCA CONOCIMIENTO. EL 31/05/2023, EL DESPACHO REQUIERE A LA ENTIDAD PARA QUE APORTE EL ACTA DEL COMITÉ DE CONCILIACION. | 2016-0034-00 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 317 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|
| YAJAIRA GONZALEZ CRUZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, EL DESPACHO DICTA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA ACCEDIENDO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. | 2017-00175 | ALTO |
| MARTHA CECILIA TRUJILLO URBINA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | QUE SE DECLARE LA NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE NEGÓ LA EXISTENCIA DEL CONTRATO Y EL PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS, Y EL REINTEGRO. | EL 7 DE DICIEMBRE DE 2012, SE ACEPTA EL IMPEDIMENTO Y SE DESIGNA SECRETARIO AD-HOC. INFORMACIÓN QUE SE TOMA DEL LIBRO RADICADOR POR CUANTO EL PROCESO SE ENCUENTRA AL DESPACHO DEL SEÑOR JUEZ. EL 30 DE ABRIL DEL 2015, SE RECONOCE PERSONEROA AL DR JUAN C TORRES,. EL 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2015, SE ORDENA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION, LOS CUALES SE PRESENTAN EL DIA 22/09/2015. 17/07/2018 EN DESPACHO 14 DE ENERO 2019, IMPEDIMENTO SECRETARIO AD-HOC | 810013331-002-2008-00164-00 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 318 de 365 |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|------|
| MIGUEL RICARDO ORTIZ ALFONSO | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE CIVIL, SOLIDARIA Y ADEMINISTRATIVAMENTE RESPONSABLES DE TODOS LOS DAÑOS MATERIALES E INMATERIALES CAUSADOS A LOS SEÑORES MIGUEL RICARDO ORTIZ ALFONSO, Y COMO CONSECUENCIA DE LO ANTERIOR SE ORDENE A LAS DEMANDADAS A REPARAR INTEGRAMENTE DE MANERA SOLIDARIA O MANCONUNADA A CANCELAR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS POR LA FALLA EN EL SERVICIO, QUE LLEVO A LA PERDIDA DEL DEDO AMPUTADO. | EL DIA 18/04/2018 AL DESPACHO, NO DAN RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL JUZGADO. EL DIA 22 de enero de 2020, se Acepta la renuncia del apoderado y ordena oficiar a los demandantes (...). EL 11/07/2022, SE REQUIERE A DEMANDANTES PARA QUE DESIGNEN NUEVO APODERADO. | 810013331002-2011-00167-00 | | BAJO |
| MILAGROS DEL PILAR CARREÑO CARDENAS | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | CONTRATO REALIDAD | 304/09/2018 SE CELEBRÓ AUDIENCIA DE PRUEBAS EN DONDE ASISTIERON DOS TESTIGOS. EL 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2018 SE PRESENTARON ALEGATOS DE CONCLUSION. 05/04/2019 ENTRA AL DESPACHO PARA PROFERIR SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA. | 2015-00213 | | ALTO |
| DIANA CAROLINA MOLINA DE LA OSSA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA EL DIA 07 DE JULIO DEL 2020. | | 2019-00295 | ALTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 319 de 365 |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| MONICA MORENO CORZO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 25/11/2022, EL JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO FIJA FECHA PARA LLEVAR A CABO AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 26 DE ABRIL DEL 2023, A LAS 09:30 AM. SE SUSPENDE AUDIENCIA DE PRUEBAS HASTA NUEVA ORDEN. | 2016-00167 | ALTO |
| NANCY MARIN CARDENAS Y OTROS | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2015-00268-00 | REMOTO |
| NORBERTO PATIÑO PATIÑO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL 06 DE JULIO DEL 2023, EL DESPACHO DICTA SENTENCIA, ACCEDIENDO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. | 2014-00432 | ALTO |
| LA OSSA BERTHA BENITEZ DE FONSECA | REPARACION DIRECTA | FALLA EN EL SERVICIO | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA EL DIA 07 DE JULIO DEL 2020. | 2019-00345 | REMOTO |
| NUBIA ESPERANZA MARTINEZ LOZANO | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | EL 23/05/2017, SE ADMITE DEMANDA. EL 05/06/2017, SE NOTIFICA DEMANDA. EL 10 DE AGOSTO DEL 2017 SE CONTESTO DEMANDA. 01/06/18 AUTO DECIDE A LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A LA PREVISORA S.A. SOLICITADO POR EL HOSPITAL EL SARARE. SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL | 2016-00346-00 | REMOTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 320 de 365 |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| | | | <p>DIA 09 DE OCTUBRE DEL 2019, A LAS 04:30 PM. SE LLEVO ACABO AUD. INICIAL SE DECRETARON PRUEBAS Y SE FIJO FECHA PARA AUD. DE PRUEBAS PARA EL DIA 21 DE ABRIL DEL 2020 A LAS 09:00 AM. 19 DE DIC DE 19 DEMANDANTE ALLEGA SOLICITUD DE CORRECCION</p> | | |
| OBED GUILLEN MENDOZA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, EL DESPACHO DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD. | 2014-00463. | ALTO |
| OLIVER DUARTE SANTOS | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | EL 16/06/2023, EL DESPACHO FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 29 DE JUNIO DEL 2023, A LAS 03:00 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2015-00029 | REMOTO |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | | Versión 01 |
| | | | Página 321 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| OMAIRA ORTIZ CONTRERAS | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | 15/08/2018 Audiencia inicial 6/03/19 9:00 a.m. SE FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DIA 11 DE DICIEMBRE DEL 2019, A LAS 05:00 PM. 24/09/2019 RESPUESTA REQUERIMIENTO ALLEGADO COLPENSIONES. 11 DE DIC DE 19 SE REALIZÓ AUDIENCIA DE PRUEBAS Y SE ORDENO A LAS PARTES PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION. SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2017-00176 | ALTO |
| YULEIDA VEGA | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | . EL 17/05/2022 SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2019-00064 | ALTO |
| ORFELINA OSPINA GUEVARA Y VILMA NORALBA PARRA BEJARANO | ORDINARIO LABORAL | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ESE. SE PRESENTA RECURSO DE APELACION. EL 26/08/2016, EL TRIBUNAL SUPERIOR ADMITE EL RECURSO. | 2014-00289 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 322 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|
| ORLYS ROCIO SERNA VILLAMIZAR | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | 2018/08/06 traslado de excepciones que vence el 10/08/18. SE FIJA FECHA DE AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 02 DE OCTUBRE DEL 2019, A LAS 03:00 PM, LA CUAL SE LLEVA A CABO. SE FIJA FECHA PARA AUD. PUEBAS PARA EL DIA 28 DE JUNIO DEL 2023 A LAS 02:40 PM | 2017-0464 | ALTO |
| PABLO HELI TORO VILLEGAS | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRACONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA MUERTE DEL HIJO QUE ESTABA POR NACER HECHO OCURRIDO POR LA FALLA SERVICIO MEDICO. | SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. 27/06/2017 AL DESPACHO PARA SENTENCIA. 30/07/2018 ALLEGA PODER DE SUSTITUCION PARTE DDTE. 16/01/2019 CONSTANCIA SECRETARIAL, SE REMITIO EL PROCESO A LOS JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE TUNJA, PARA PROYECTO DE FALLO. 09/08/2019 REGRESA PROVENIENTE DEL JUZGADO DE TUNJA. 13/08/2019 AUTO ORDENA NOTIFICAR SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA. 20/08/2019 SE NOTIFICA EDICTO LA SENTENCIA DEL 31 DE JULIO DE 2019. EL 06/09/2019 RECURSO DE | 810013331-01-2010-00102-00 | REMOTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 323 de 365 |

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|
| | | | <p>APELACIÓN ALLEGADO POR LE APODERADO DE L APARTE DEMENDANTE. 04/10/2019 AL DESPACHO, SE ALLEGA RECURSO DE APELACION EXTEMPORANEO. 25 DE NOV DE 19 SE ALLEGA RECURSO DE REPOSICION Y QUEJA, 10 DE DIC DE 19 ALLEGAN RECURSO DE REPOSICION.</p> | | |
| RAUL GREGORIO BERMUDEZ RODRIGUEZ | EJECUTIVO | LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO EN RAZON DEL CONTRATO DE COMPRA VENTA No 03-029-2015 | <p>2018/03/13 AUTO QUE ADMINITE DEMANDA 09/07/18 contestacion demanda. 01/08/2018 SE FIJA FECHA PARA AUD. DE ART. 372 DEL C.G.P. PARA EL 29 DE ENENERO DEL 2019 A LAS 3 PM. SE REPROGAMA LA DILIGENCIA DE PRUEBAS PARA EL 4 DE MARZO DE 2019 A LAS 3:00 PM LA CUAL SE LLEVO ACABO Y SE DICTO FALLO ORALMENTE. 13/06/2019 PODER ALLEGADO POR ESE. 25 DE FEB 2020 secretaria liquida costas. EL</p> | 2017-406 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 324 de 365 |

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|
| | | | 23/02/2022, aprueba la liquidación de costas efectuada por Secretaría, por la suma de (\$2.099.024,64). | | |
| RICARDO MENDEZ BARCO | nulidad y Restablecimiento del derecho | Que se declare nulo el acto administrativo que negó el pago de las prestaciones sociales y como restablecimiento del derecho solicita el pago de las prestaciones sociales | EL DIA 30/03/2023, EL DESPACHO NIEGA LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. | 81001-3333-002-2017-00273-00 | BAJO |
| ROSA ELENA BAUTISTA JIMENEZ | NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE PRESENTARON ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2018-00464-00 | ALTO |
| ROSA ELENA MADRID ISAZA | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE LA EXISTENCIA DE NEGOCIOS JURIDICOS Y SE ORDENE EL PAGO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE AMBULANCIAS ADSCRITAS A LA ESE M Y C. | EL 28 DE JULIO DEL 2023, EL DESPACHO ORDENA PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2016-002020 | BAJO |
| ROSA ELENA MADRID ISAZA | REPARACION DIRECTA | PARQUEO, VIGILANCIA Y CUIDADO DE VEHICULOS TIPO AMBULANCIAS. | SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 2017-00229-00 | BAJO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 325 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|
| ROSALBA DIAZ PRIETO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | QUE SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y COMO CONSECUENCIA SE ORDENE EL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO, EL REINTEGRO Y PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES DEJADOS DE PERCIBIR. | EL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2013, SE CONTESTO LA DEMANDA Y SE PRESENTARON EXCEPCIONES DE MERITO. EL 16 DE JUNIO DE 2014, SE DICTA SENTENCIA CONCEDIENTO LA EXCEPCION DE MERITO DE PRESCRIPCIÓN A FAVOR DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO, SE PRESENTA RECURSO DE APELACIÓN POR LA DEMANDANTE. 20 DE ENERO DEL 2019 | 810013105-001-2012-00200-00 | ALTO |
| RUBIELA MEJIA GONZALES | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 30 DE MAYO DEL 2023, EL JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO DE ARAUCA, DICTA SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE LA ENTIDAD Y ACCEDE A LAS PRETENSIONERS DE LA DEMANDA. | 2014-00430 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 326 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|
| RUBIELA MOSQUERA COSME | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | QUE SE DECLARE LA NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE NEGÓ LA EXISTENCIA DEL CONTRATO Y EL PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES Y DEMÁS EMOLUMENTOS, Y EL REINTEGRO. | EL 02/02/2016, SE PRESENTAN ALEGATOS. 16/01/2019 SE REMITIO EL PROCESO A LOS JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE TUNJA. 07/06/2019 AUTO CUMPLASE, ORDENA NOTIFICAR LA SENTENCIA PROFERIDA POR EL JUZGADO 9 ADMINISTRATIVO DE TUNJA Y DESIGNA SECRETARIO AD HOC. 13/06/2019 SE NOTIFICA SENTENCIA DEL 30 DE MAYO DEL 2019. 21/06/2019 APELACION POR LA PARTE DEMANDADA. 23/08/2019 AL DESPACHO PARA TRAMITE. 23/08/2019 SE CONCEDE RECURSO DE APELACION ANTE EL SUPERIOR. MEDIANTE OFICIO DEL 11 DE SEP DEL 2019 SE ENVIA AL TRIBUNAL PARA TRAMITE DE APELACION. | 810013331-002-2008-00158-00 | ALTO |
| SANDRA MILENA PLATA GONZALEZ | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | QUE SE DECLARE LA NULIDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE NEGÓ LA EXISTENCIA DEL CONTRATO Y EL PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES Y DEMÁS EMOLUMENTOS, Y EL REINTEGRO. | 2018/08/06 traslado de excepciones que vence el 10/08/18. SE FIJA FECHA DE AUD INICIAL. PARA EL 11 DE JUNIO DEL 2019 A LAS 3:00 PM. FE FIJA FECHA PARA AUD. DE PRUEBAS EL 16 DE DIC. DEL 2019 A LAS 3:30 PM. 23/07/2019 | 2017-0482 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 327 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| | | | <p>RESPUESTA A OFICIO ALLEGADA POR EL ADRES. 16 de dic de 19 se reitera oficio, y apenas llegue por auto se corra traslado para su contradicción.</p> | | |
| <p>SERGIO OVELIO AVILA HIDALGO</p> | <p>ORDINARIO LABORAL</p> | <p>QUE SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y COMO CONSECUENCIA SE ORDENE EL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO, EL REINTEGRO Y PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES DEJADOS DE PERCIBIR.</p> | <p>SE FIJA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL 04 DE DICIEMBRE DEL 2017 A LAS 09:00 PM. EN AUTO DE FECHA 09/03/2018 SE APLAZA FECHA DE AUDIENCIA PARA EL 26/06/2018 3.00 P.M. EL 26/06/2018 SE APLAZA AUDIENCIA DE PRUEBAS PARA EL DÍA 01/10/2018 A LAS 9:00 A.M, LA CUAL SE LLEVA A CABO Y SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. 13/11/2019 SE ESTA NOTIFICANDO.12 DE DIC DE 19, SENTENCIA DONDE ACEPTAN LA TRANSACCION REALIZADA, 19 DE DIC DE 19 ALLEGAN COPIAS DE LAS OFICIOS DONDE SE SOLICITA EL LEVANTAMIENTO DE LAS MEDIDAS CAUTERALES.</p> | <p>810013105-001-2013-00165-00</p> | <p>ALTO</p> |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 328 de 365 |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|
| SOCIEDAD COMERCIAL C.R. EQUIPOS S.A. - CR EQUI POS SA | CONTROVERSIAS CONTRACTUALES | INCUMPLIMIENTO CONTRATO DE CESION DE DERECHOS ECONOMICOS NO. 001 DEL 26 DE AGOSTO DEL 2011 | 24 DE ENERO DE 2020 POR CORREO ELECTRONICO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 203. SE DECLARA LA CADUCIDAD DE MEDIO DE CONTROL. EL 13/11/2020, SE CONCEDE RECURSO DE APELACION ANTE EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO. | 81001-3333-751-2014-0008700 | MEDIO |
| VICTOR JULIO BERNAL BARRERA | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | SE CONTESTÓ DEMANDA. INFORMACION DEL LIBRO RADICADOR,, SE DICTA SENTENCIA A FAVOR DE LA ESE. SE EN CUENTRA EN APELACION ANTE EL CONSEJO DE ESTADO. 26/09/2013 MEDIANTE OFICIO 1755 DEL 24/09/13 SE REMITE EXPEDINTE AL CONSEJO DE ESTADO | 810012333-003-2011-00051-00 | BAJO |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 329 de 365 |

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|
| WILDER JAVIER GARRIDO SANCHEZ | ORDINARIO LABORAL | QUE SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y COMO CONSECUENCIA SE ORDENE EL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO, EL REINTEGRO Y PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES DEJADOS DE PERCIBIR. | EL 06 DE JUNIO DE 2013, SE CONTESTA LA DEMANDA Y SE PRESENTA EXCEPCIONES DE MERITO. CON AUTO DEL 22 DE JULIO DE 2013, EL DESPACHO SUSPENDE LA AUDIENCIA Y SEÑALA NUEVA FECHA. EL 30 DE OCTUBRE DE 2013, SE LLEVO A CABO AUDIENCIA DE PRUEBAS, ALEGATOS Y SENTENCIA. SE CONDENO A LA ESE MORENO Y CLAVIJO POR LA SUMA DE \$12,500,000,00, SE APELO LA SENTENCIA POR LA PARTE ACTORA Y POR LA ESE MORENO Y CLAVIJO. SE CONCEDIO EL RECURSO DE APELACION. EL 20 DE NOVIEMBRE DE 2013, SE ADMITE EL RECURSO. EN ESPERA QUE SE FIJE FECHA PARA AUDIENCIA EN SEGUNDA INSTANCIA. AUD. DE PRUEBAS PARA EL 25 DE JULIO DEL 2019 A LAS 9:00 AM, TRIBUNAL POR APELACION | 810013105-001-2013-00071-00 | |
| YAIBETH NICOLAZA BUENO ESCORCIA | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES | EL DIA 09/11/2022 EL JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. EL 20/04/2023, SE ORDENA A LAS | 2017-00173 | BAJO |
| | | | | | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 330 de 365 |


| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------|
| | | SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | PARTES PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSION. SE PRESENTARON ALEGATOS DE CONCLUSION.. | | |
| AMPARO CARDONA DE CORREA | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. EL DIA 25 DE AGOSTO DEL 2023, EL JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO, Y REPROGRAMA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DIA 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, A LAS 03:00 PM. | 81-001-33-33-003-2021-00121-00 | BAJO |
| HEIDY YUREIMA RODRIGUEZ ROBAYO | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICO CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. EL DIA 22 DE AGOSTO DEL 2023, EL JUZGADO 4 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. | 81-001-33-33-001-2021-0008200 | ALTO |
| EDNA OLIVOS GARCIA Y OTROS | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | EL DIA 22/07/202 S ELLEVO A CABO AUDIENCIA INICIAL. EL DIA 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2022, SE LLEVA A CABO AUDIENCIA DE PRUEBAS Y SE CIERRA LA ETAPA PROBATORIA. SE PRESENTAN ALEGATOS DE CONCLUSION. | 81 001 2339 000 2021 00082 00 | ALTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 331 de 365 |

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|
| LUIS ALBERTO MEDINA GONZALEZ | ORDINARIO LABORAL | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICA CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. | 81 001 3105001-2022-00151-00 | ALTO |
| MARTHA LILIANA FAJARDO PULIDO | REPARACION DIRECTA | FALLA SERVICIO MEDICO | SE RADICA CONTESTACION DE DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. EL DIA 15/05/2023, EL JUZ 3 ADMINISTRATIVO FIJA FECHA PARA REALIZAR LA AUDIENCIA INICIAL, PARA EL DIA 02/04/2024, A LAS 04:40 PM. | 81-001-33-33-003-2022-0042700 | BAJO |
| ELVI YESID MUÑOZ CISNEROS | NULIDAD Y REST. DEL DERECHO | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | SE RADICA CONTESTACION DE LA DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. EL 22 DE AGOSTO DEL 2023, EL JUZGADO 4 ADMINISTRATIVO AVOCA CONOCIMIENTO. | 81001 3333 001 2021 00133 00 | ALTO |
| ALBA JOHENY PILONIETA MARTINEZ | EJECUTIVO | CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA DE FECHA 06 DE OCTUBRE DEL 2016, PROFERIDA POR EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE ARAUCA. | SE RADICA CONTESTACION DE LA DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. | 81001-3333-001-2018-00231-00 | BAJO |
| YOCEY PINEDA ORTEGA | ORFDINARIO LABORAL | SE DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO REALIDAD Y EN CONSECUENCIA SE CONDENE A LA ESE MORENO Y CLAVIJO AL PAGO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DEMAS | SE RADICA CONTESTACION DE LA DEMANDA DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES. | 81-001-31-05-001-2022-00125-00. | ALTO |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 332 de 365 |

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------|
| | | EMOLUMENTOS A QUE TENGA DERECHO. | | | |
| AUTOS DEL SARARE | EJECUTIVO | PAGO DEL CONTRATO NO. 03-004-2017, MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO PARQUE AUTOMOTOR | EL 30/01/2023, SE CORRE TRASLADO DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS EN LA CONTESTACION DE LA DEMANDA. | 81-001-33-33-002-2017-00328-00 | BAJO |
| GABRIEL ANGEL BALLENA PATIÑO | REPARACION DIRECTA | QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL, MORAL Y FISIOLÓGICO CAUSADOS A LOS ACCIONANTES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESUNTA FALLA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. | EL DÍA 24/01/2023 SE FIJA AUDIENCIA INICIAL PARA EL 05/07/2023 A LAS 11:00 AM. EL 07/06/2023, EL DESPACHO REPROGRAMA AUDIENCIA INICIAL PARA EL DÍA 19 DE JULIO DEL 2023, A LAS 09:30 AM. EL 22/08/2023 EL JUZGADO 4 ADMINISTRATIVO AVOCA EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO Y FIJA FECHA PARA EL DÍA 14/09/2023, A LAS 08:30 AM, PARA LLEVAR A CABO LA AUDIENCIA INICIAL. | 81001 3333 001 2020 00064 00 | REMOTO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 333 de 365 |

GESTIÓN DISCIPLINARIA,

| DISCIPLINARIOS | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------------|------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| RADICADO | QUEJOSO | DISCIPLINADO | ESTADO | ULTIMA ACTUACIÓN |
| 004/2021/00 | DE OFICIO | DIANA MARCELA RIAÑO | ARCHIVADO | SE REALIZO AUTO DE ARCHIVO EL DÍA 16/06/2022. |
| 001/2021/00 | YOMAR NIEVES GARCEZ | GLORIA ANDREA ROJAS | ARCHIVADO | SE REALIZO AUTO DE ARCHIVO EL DÍA 30/06/2022. |
| 002/2021/00 | GIOVANNY CISNEROS | MICHAEL PAEZ GUTIERREZ | ARCHIVADO | SE REALIZO AUTO DE ARCHIVO EL DÍA 26/09/2022. |
| 001/2022/00 | MARIA ELVINIA GARZON SUAREZ | SEBASTIAN LAVERDE ARIAS | ARCHIVADO | SE REALIZO AUTO DE ARCHIVO EL DÍA 26/09/2022. |
| 002/2022/00 | Hrlz Ramiro Silva Sánchez (redes sociales) | CARLOS COLMENARES ESPINEL | ARCHIVADO | SE REALIZO AUTO DE ARCHIVO EL DÍA 27/10/2022. |
| 003/2022/00 | LAIRA TORRES | POR DETERMINAR | ACTIVO | Se apertura Auto de Indagación Previa de fecha 22 de Agosto de 2022 |
| 004/2022/00 | DE OFICIO | MIRYAM YUDITH LOZANO FONSECA | ARCHIVADO | SE REALIZO AUTO DE ARCHIVO EL DÍA 01/11/2022. |
| 005/2022/00 | DE OFICIO | SEBASTIAN LAVERDE ARIAS | ARCHIVADO | SE REALIZO AUTO DE ARCHIVO EL DÍA 14 DE MARZO DEL 2023 |
| 006/2022/00 | DE OFICIO | LAURA KARINA TORRES PATIÑO | ACTIVO | Se notifico vía correo electrónico |
| 007/2022/00 | FIDELINA FERNANDEZ | POR DETERMINAR | ARCHIVADO | Se notifico vía correo electrónico |
| 001/2023/00 | DERLYS YELITZA GIL LOZADA | MARGARITA NEIRA PEÑA | ARCHIVADO | SE REALIZO AUTO EL DÍA 10 DE FEBRERO DEL 2023 |
| 002/2023/00 | FREDDY FORERO REQUINIVA | POR DETERMINAR | ACTIVO | Notificaciones vía correo electrónico y solicitud de pruebas. |
| 003/2023/00 | KATHERINE QUINTO ARIAS | INDETERMINADO | ARCHIVO | Se decreto el archivo el día 29 de agosto del 2023 |
| 004/2023/00 | DE OFICIO | INDETERMINADO | ACTIVO | Se realizan versiones libres e inspección en el Hospital San Francisco de Fortul. |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 334 de 365 |

| | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 005/2023/00 | CARMEN HERMINIA VELAZQUEZ DELGADO | KATHERINE QUINTO ARIAS | ACTIVO | Notificación vía correo electrónico |
| 006/2023/00 | DE OFICIO | ADAYS MILAGROS FERNANDEZ Y IVAN JOSÉ MORENO ESLAVA | ACTIVO | Notificaciones vía correo electrónico y versiones libres en el Hospital San Ricardo Pampuri. |
| 007/2023/00 | WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO - GERENTE | RUTH LEONORA DÍAS AYALA Y ALVARO YESID RIVERA | ACTIVO | Recepción de versiones libres y recepción de pruebas. |
| 008/2023/00 | DE OFICIO | OLGA LUCIA MARTÍNEZ | ACTIVO | Notificación vía correo electrónico |
| 009/2023/00 | DE OFICIO | MERCEDES MOJICA | ACTIVO | Notificación vía correo electrónico |

GESTIÓN CONTRACTUAL

Para el cuatreciento, 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 | 167 | CUATREÑO |
| SUMINISTRO | 143 | CUATREÑO |
| PRESTACION DE SERVICIO | 185 | CUATREÑO |
| INTERADMINISTRATIVOS | 02 | |
| ARRENDAMIENTO | 05 | CUATREÑO |
| OBRA | 03 | CUATREÑO |
| SEGUROS | 13 | CUATREÑO |
| CONSULTORIA | 05 | CUATREÑO |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 335 de 365 |

Se allegaron a la Oficina Asesora Jurídica, en total (523) Estudios previos de conveniencia y oportunidad en el cuatreno, de los cuales se suscribieron en total (523) 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 cien (100) derechos Peticiones, a las cuales se les dio respuesta dentro del tiempo legal.

| CLASE DE PQRS | NUMERO DE PQRS |
|----------------------|----------------|
| DERECHOS DE PETICION | 100 |

Así mismo, se efectuaron revisiones a las Resoluciones y demás actos administrativos.

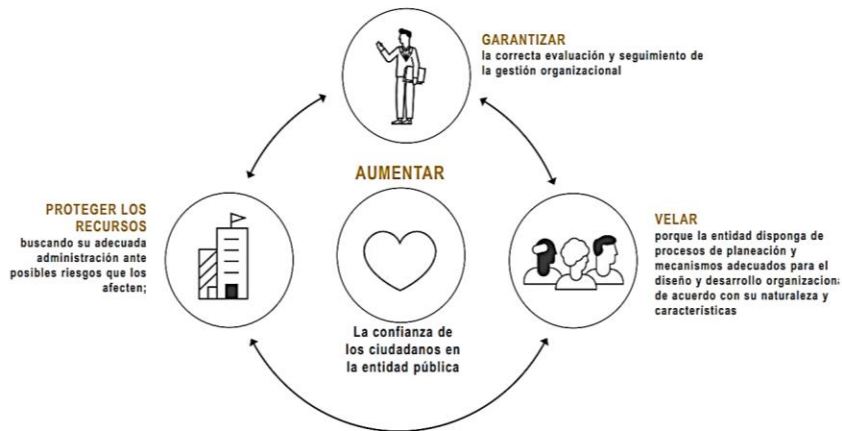
6.INFORME CONTROL INTERNO

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. La Oficina de Control Interno, 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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 336 de 365 |

3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivos del Sistema de Control Interno




4. DESARROLLO DEL INFORME:

Para el cuatrienio a presentar se hace la observación que durante las vigencias 2020 y 2021 ejerció como asesor de Control Interno el Dr. Jorge Tadeo Anzola Pinto y a partir el 03 de febrero de 2022 a la fecha se encuentra como asesora de Control Interno de la entidad María Amparo Vanegas M.

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

Roles Oficina de Control Interno o quien haga sus veces



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 337 de 365 |

- 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 se han presentado los siguientes informes:

Informe de Evaluación de la Gestión Institucional 2021 y 2022

Informe Derechos de Autor Licencias de Software 2021 y 2022

Informe Evaluación de Control Interno Contable vigencia 2020, 2021 y 2022, siendo el proceso que bajo la responsabilidad del representante legal, así como de los responsables de las áreas financieras y contables, se adelanta en la entidad, con el fin de lograr la existencia y efectividad de los procedimientos de control y verificación de las actividades propias del proceso contable, de modo que garanticen razonablemente que la información financiera cumpla con las características fundamentales de relevancia y representación fiel de que trata el Régimen de Contabilidad Pública; se valora mediante calificación obtenida que oscilará entre 1 y 5 y corresponderá al grado de cumplimiento y efectividad del control interno contable. Para estos periodos la valoración fue la siguiente:


| AÑO | RANGO CALIFICACION | CALIFICACION TOTAL |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| | 1.0 ≤ Calificación ≤3.0 Deficiente 3.0 ≤ Calificación ≤4.0 Adecuado 4.0 ≤ Calificación ≤5.0 Eficiente | |
| 2020 | ADECAUDO | 3,75 |
| 2021 | EFICIENTE | 4,53 |
| 2022 | EFICIENTE | 4,75 |

Informe seguimiento a PQRS 2020 semestres I y II 2022, 2021 semestres I y II, 2022 semestres I y II, 2023 semestre I.

Informe Austeridad del Gasto, presentándose trimestralmente en los periodos correspondientes del 2020, 2021, 2022 y lo que va del 2023

Informe Evaluación del Sistema de Control Interno, presentándose semestralmente y obteniendo los siguientes puntajes de cumplimiento:

| | |
|--------------------|-----|
| 2020 - SEMESTRE I | 54% |
| 2020 - SEMESTRE II | 54% |
| 2021 - SEMESTRE I | 54% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 338 de 365 |


| | |
|--------------------|-----|
| 2021 - SEMESTRE II | 56% |
| 2022 - SEMESTRE I | 73% |
| 2022 - SEMESTRE II | 75% |
| 2023 - SEMESTRE I | 77% |

Informes de seguimiento cuatrimestral al PAAC durante las vigencias 2020, 2021, 2021 y lo avanzado del 2023. Durante el último cuatrimestre del 2023 se hicieron las siguientes recomendaciones:

- Se reitera la sugerencia de anexar componente seis (6), con iniciativas propias de la institución que se consideren necesarias en la estrategia de lucha contra la corrupción.
- Se recomienda que las dependencias en articulación con la Oficina de Planeación, analicen y revisen aquellos aspectos que son de mayor impacto para la ciudadanía, usuarios o grupos de interés, para así implementar acciones efectivas que permitan mejorar los trámites a través de la reducción de costos, documentos, requisitos, tiempos, procesos, y procedimientos. Complemento de lo expuesto, se recomienda revisar los trámites inscritos en el Sistema Unico de Información de Trámites (SUIT), con el objetivo de definir las acciones de racionalización a implementar, y las actualizaciones de información en la plataforma.
Lo anterior, teniendo en cuenta las guías y lineamientos emitidos por la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Se recomienda continuar fortaleciendo la cultura de gestión de riesgos en la entidad, esto implica un mayor compromiso, socialización y participación de todos los funcionarios. Así mismo continuar fortaleciendo la cultura de autocontrol en todos los partícipes de los procesos de la entidad, con el fin de disminuir los posibles actos de corrupción en la entidad.
- Se recomienda que todos los líderes de procesos realicen seguimiento al PAAC periódicamente, con el fin de gestionar oportunamente las actividades y metas entregables

Informes de seguimiento Mapas de riesgos cuatrimestral a las vigencias 2020, 2021, 2022 y 2023, aportando las siguientes recomendaciones en el último periodo:

- Realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información, articulando con Talento Humano para gestionar esta actividad.
- Los líderes de procesos de la sede principal, hospitales de la red y centros de salud de la entidad, deben generar análisis a las evaluaciones realizadas una vez de socializan temas de importancia a los funcionarios.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 339 de 365 |

- Diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral en todos los procesos de la entidad.
- Los coordinadores SIAU, estar atentos a las actualizaciones enviadas desde la sede administrativa respecto a manuales y demás actividades pendientes para dar terminación a la vigencia.

En términos generales, el seguimiento de los controles para el primer trimestre del 2023 resultó positivo y se espera que las áreas continúen con la ejecución de los controles y realicen las notificaciones o modificaciones en el evento que sean necesarias.

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 realizaron Comités, donde se presentó y aprobó el Plan Anual de Auditorías para vigencia 2023, se dio a conocer resultados de auditorías realizadas a hospitales de la entidad, se manifestó la necesidad de contar con instrumentos como: SICOF, PTEE y Código de Conducta y Buen Gobierno en la ESE.


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; realizando acompañamiento al 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, posteriormente seguimiento al Mapa de riesgos Institucional, I y II cuatrimestre 2023 y seguimientos de PAAC en los cuatrimestres I y II 2023.

Se generó un primer boletín informativo para todos los líderes de los procesos de la entidad, donde se comunica en que consiste el SCI, quienes hacen parte del SCI, cual es el compromiso y las responsabilidades que se tienen en el SCI según las tres líneas de cuentas.

- 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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 340 de 365 |

Se realizó seguimientos a los riesgos de corrupción como parte del seguimiento efectuado al Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano de las vigencias 2020, 2021, 2022 y vigencia 2023, realizando importantes recomendaciones.

Se realizó seguimientos al Mapa de Riesgos de la institución, vigencias 2020, 2021, 2022 y 2023.

Se hacen recomendaciones específicas en los informes semestrales de las Evaluaciones del Sistema de Control Interno

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 la ESE, donde se han realizado éstas.


- Relación con entes externo de control

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.

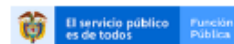
Se realizó verificación a la estrategia de Rendición de cuentas efectuadas en cada periodo generando su respectivo informe de evaluación y seguimiento a esta, publicándolo en la web de la entidad.

Igualmente se realizó diligenciamiento del formulario único de reporte de avances de gestión -Furag en cada vigencia, así:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 341 de 365 |

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2021



El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

DEPARTAMENTO: Arauca

MUNICIPIO: ARAUCA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno

NOMBRE DILIGENCIADOR: MARIA AMPARO VANEGAS MOLANO con C.C No.68304543

HABILITADO DESDE – HASTA: 18/02/2022 - 25/03/2022

VIGENCIA REPORTADA: 2021

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,





María del Pilar García
Directora Gestión y Desempeño Institucional

Url: <http://www.funcionpublica.gov.co/furag/#/reportes/verificar-certificado/3dc1e3a2-3c3c-4a8c-9ac2-6fc4b0763f5c>

Fecha de impresión: 17/03/2022

Hora: 17:15

Página 1 / 1

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 342 de 365 |

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2020




El servicio público es de todos | Función Pública

El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

DEPARTAMENTO: Arauca

MUNICIPIO: ARAUCA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno

NOMBRE DILIGENCIADOR: JORGE TADEO PINTO con C.C No.17582331

HABILITADO DESDE – HASTA: 29/01/2021 - 15/04/2021

VIGENCIA REPORTADA: 2020

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,





María del Pilar García
Directora Gestión y Desempeño Institucional

Url: <http://www.funcionpublica.gov.co/furag#/reportes/verificar-certificado/2b7a37a7-0421-42a4-820f-73792974d123>

Fecha de impresión: 27/03/2021

Hora: 12:37

Página 1 / 1

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 343 de 365 |

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2022



FUNCIÓN PÚBLICA

El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO

DEPARTAMENTO: Arauca

MUNICIPIO: ARAUCA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno

NOMBRE DILIGENCIADOR: MARIA AMPARO VANEGAS MOLANO con C.C No.68304543

HABILITADO DESDE – HASTA: 21/06/2023 - 28/07/2023

VIGENCIA REPORTADA: 2022

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,



LEONARDO MOLINA HENAO


Dirección de Gestión y Desempeño Institucional

Url: <http://furag.funccionpublica.gov.co/furag/#reportes/verificar-certificado/95f9163a-dd50-48b4-b0ef-ac7b5ec3c0e3>

Fecha de impresión: 11/07/2023


Hora: 16:37

Página 1 / 1

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 344 de 365 |

- Se realizó seguimiento al Sigep II, dejando recomendaciones de importancia, como:
- La Oficina de Control Interno observó que el aspecto obligatorio que compete al registro en el SIGEPII- Estructura Organizacional de la entidad, cumple con su publicación; no obstante, en la estructura organizacional registrada en el SIGEP II, se evidencia que no están registrados los cargos de directores de cada hospital (6) que aparecen en el organigrama, por lo que se sugiere iniciar con la respectiva actualización de la estructura organización de la entidad en el registro Sigep II.
 - Se recomienda a la oficina de Talento Humano, que realice las gestiones necesarias ante el DAFP, que conlleven a la actualización de la información registrada en la plataforma SIGEP II, respecto de la Nomenclatura y Escala Salarial, de manera que refleje la información actualizada y correspondiente a la ESE Moreno y Clavijo.
 - En los registros del SIGEP II, específicamente el archivo que contiene el Monitoreo de Actualización de la Hojas de Vida del personal vinculado a la ESE, a través de planta o de contrato, no presenta coherencia sobre el total de personal vinculado a la entidad y la información reportada por la Unidad de Talento Humano, no coincide con la registrada en SIGEPII, por lo que se recomienda hacer la depuración de este aspecto, verificando el personal existente en la entidad y marcado desvinculación para el personal que ya no está vinculado a la entidad y vinculando de manera inmediata al personal que se encuentra activo en la entidad ya sea por contrato de prestación de servicios o como servidor público.
 - Una vez revisado el listado generado en Excel, del aplicativo SigepII, se evidencian personas que laboraron en la entidad y que a la fecha no han sido desvinculados y funcionarios que, según información entregada por la oficina de talento humano, aun no cuentan con el registro de declaraciones de bienes y rentas en el aplicativo Sigep II, por lo que se recomienda su depuración.
 - Se recomienda realizar depuración de roles de usuarios que se encuentran en el aplicativo Sigep II, dando finalización al rol de aquellos usuarios que no se encuentran vinculados a la entidad.
 - Como recomendación general se manifiesta a la oficina de Talento Humano, continuar avanzando y realizando las gestiones necesarias que permitan asegurar la realización de las acciones de mejora con oportunidad y efectividad, a fin de dar cumplimiento al mandato normativo del SIGEPII, Decreto 1083. Artículos 2.2.17.7 y 2.2.21.5.3, la Resolución 035 de 2022 y la Directiva No. 015 del 30 de agosto de 2022. Procuraduría General de la Nación.

Se elaboran y publican en la página web institucional, en cumplimiento a los requerimientos de carácter normativo los informes correspondientes al área de Control Interno son reportados a los entes internos y externos de control y vigilancia, como parte de las funciones asignadas a la Oficina de Control Interno.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 345 de 365 |

- 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.

Seguimiento a reporte ITA, obteniendo un puntaje de 68 sobre 100 puntos, para el 2023.

Seguimiento a código de integridad de la entidad, dando recomendaciones sustanciales para el mejoramiento de la entidad, como:

Implementar la política de integridad que busca la coherencia de los servidores públicos y entidades para garantizar el interés general en el servicio público. Decreto 1499 de 2017.


Armonizar los valores del código de integridad, así las personas sabrán cuales son los valores que deben regir sus actuaciones esto se puede hacerse a través de correos electrónicos, carteleras, mensajes, charlas donde constantemente se les recuerden los valores y la importancia de aplicarlos para prestar los servicios con calidad, eficiencia y eficacia.

Implementar indicadores de evaluación para el código de integridad y la política de integridad.

Socializar la página web a los funcionarios y comunidad en general para que sirva como mecanismo de información y evaluación de los resultados de la gestión realizada por los responsables del manejo de los recursos dentro del marco de Transparencia de la gestión pública.

Fortalecer las actividades propuestas en el autodiagnóstico de gestión código de integridad que propone el DAFP.

La Guía para la identificación y declaración de conflicto de intereses V2 de julio de 2019 del DAFP se constituye en la segunda herramienta de la Política de integridad, que brinda orientaciones y directrices a los servidores públicos para que identifiquen y declaren sus conflictos cuando se enfrentan a situaciones en las que sus intereses personales se enfrentan con intereses propios del servicio público. De acuerdo a los lineamientos establecidos en la Guía para la identificación y declaración de conflicto de intereses, todo servidor público, podrá manifestar que

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 346 de 365 |

se encuentra bajo una situación de conflicto de intereses real, potencial o aparente y declararse impedido o informar esta situación, para el caso específico de las situaciones descritas en la normativa colombiana. Para ello, es necesario contar con un documento normalizado que permita llevar a cabo este proceso. En caso de llegar a materializarse esta situación de conflicto de intereses, automáticamente se constituiría en un acto de corrupción, para lo cual la entidad deberá darle el trato respectivo. Para ello se recomienda que el proceso de talento Humano de la entidad, analice y de cumplimiento a las actividades de gestión propuestas en el autodiagnóstico para la gestión de conflictos de intereses, realizando así mismo análisis periódico, con el fin de identificar las debilidades y fortalecer áreas de mejora para la implementación de planes de mejoramiento adecuados a las realidades instituciones.

Seguimiento a comité de conciliaciones de la entidad, en la vigencia 2022, manifestando las siguientes recomendaciones:

El Comité de Conciliación de la E.S.E. Moreno y Clavijo, funciona bajo normatividad desactualizada, su última actualización encontrada fue en el mes de septiembre de 2011, por lo que es necesario su actualización.

El Comité de conciliaciones, no se reúne 2 veces al mes como está estipulado según la normatividad, por lo que se recomienda tomar acciones correctivas según artículo 2.2.4.3.1.2.4. del Decreto 1069 de 2015.


Se recomienda revisar y actualizar las políticas generales que orientan la Prevención del Daño Antijurídico y políticas de defensa judicial de la entidad. Una vez actualizado el comité de conciliación de la entidad, se recomienda realizar socialización ante el personal y directivos con respecto a la conformación y funcionamiento del Comité de Conciliación, así como también cuando surjan cambios de integrantes, éstos nuevos funcionarios deben recibir socialización al respecto.

Se recomienda la secretaria técnica del comité presentar informes según periodicidad establecida.

Se recomienda a la secretaria técnica del comité, estar al tanto a los cambios de integrantes del comité, invitarlos a las sesiones e incluirlos en las actas realizadas.

Convocar a reunión de comité de conciliación las veces que sean necesarias para tratar temas de demandas y conciliaciones frente a posibles vinculaciones directas e indirectas de la ESE. Las decisiones deben ser tomadas de manera institucional unánime por los integrantes del comité de conciliación y quedar plasmadas en las actas de comité.

Se sugiere realizar el seguimiento a las decisiones que se toman al interior del comité y mantenerlo informado permanentemente, con el fin de su retroalimentación.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 347 de 365 |

Durante la ejecución del informe no se encontró documentado el reglamento interno del comité de conciliación de la ESE Moreno y Clavijo, por lo que se recomienda su adopción mediante acto administrativo.

Para la vigencia 2023 se han realizado visitas en calidad de auditoría a subprocesos aleatorios del Hospital San Lorenzo Arauquita, Hospital san Ricardo Pampuri y Hospital Cravo Norte, Hospital san Francisco de Fortul, el cual se realizó virtualmente usando los medios tecnológicos.

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 | Auditoría 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 |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 350 de 365 |

| TÍTULO DE LA AUDITORIA | OBJETIVO | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|
| Procesos aleatorios y subprocesos: Centro de Salud Puerto Jordán | 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. | | | | | | | | | |
| Subprocesos aleatorios de la entidad. A cargo de las dos subgerencias Administrativa-Financiera y/o Subgerencia en Salud | Verificar el cumplimiento de los controles internos diseñados y agregar valor a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades en control interno y para mejorar la eficacia de los procesos. | | | | | | | | | |
| Procesos Gestion Talento Humano. | (Auditoría aleatoria de las Hojas de vida verificación de cumplimiento de requisitos y actualización de hojas de vida, cumplimiento de Planes de Talento Humano y demás relacionados) | | | | | | | | | |
| Proceso Gestion Ambiente Físico (Almacén) | Auditoría al Proceso | | | | | | | | | |
| Jornadas de capacitación | | | | | | | | | | |
| Inducción | Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interno. | | | | | | | | | |
| Reinducción | Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interno. | | | | | | | | | |
| Asesoría Función Pública | Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interno. | | | | | | | | | |
| Auditorías Especiales (La auditoría especial en este caso será aquella que por solicitud del gerente se requiera) | | | | | | | | | | |
| Sigep II | Garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la verificación de publicación y actualización de hojas de vida de servidores públicos de la Entidad, verificación de publicación de las declaraciones de bienes y renta y conflicto de intereses de los servidores públicos en el sistema SIGEP II. | | | | | | | | | |

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 ha mejorado notablemente y 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.

Se cuenta con el compromiso de la Gerencia y de más funcionarios en la aplicación y mantenimiento del Sistema de Control Interno - SCI, que permiten la mejora continua, la

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 351 de 365 |

constante evaluación, identificación y tratamiento de los riesgos, gestionados en todos los niveles de los procesos de la institución.

7. INFORME CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El mejoramiento continuo de la calidad debe llevar a la ESE Moreno y Clavijo a un proceso de autocontrol interiorizado por cada uno de sus funcionarios, centrado en el cliente interno y externo, sus necesidades y expectativas; cumpliendo con las características del SOGCS: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad; cuyo principal insumo sea la identificación permanente de los aspectos del proceso susceptibles de mejoramiento, para poder determinar los ajustes y acciones necesarias que permitan superar las brechas de la no calidad.


De Conformidad a la normatividad vigente, la ESE Moreno y Clavijo ha venido implementado los cuatro componentes del SOGCS, los cuales se describen a continuación resaltando los avances y la gestión realizada en cada uno de ellos.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL: evidenciar el avance de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud, sus características y actores del sistema en la ESE Moreno y Clavijo durante la vigencia 2020 - 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.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 352 de 365 |

- 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 periodo 2020 – 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.

- Durante la vigencia 2020 y 2021 se trabajó en la transición de la resolución 2003 del 2014 a la resolución 3100 de 2019, actualizando en la plataforma REPS las novedades y el portafolio de servicios de las sedes hospitalarias adscritas a la ESE Moreno y Clavijo, ya que por dificultades en acceso a la misma no se había realizado.
- Se realiza la actualización en la plataforma REPS las novedades y el portafolio de servicios de las sedes hospitalarias adscritas a la ESE Moreno y Clavijo, para esta vigencia se adelantó la revisión de las constancias de habilitación para cada una de las sedes adscritas a la ESE, sus 6 hospitales, 2 centros de salud y 21 puestos de salud.
- De acuerdo al portafolio de servicios de salud prestados por la ESE para esta vigencia, se actualizo y se envió a las áreas pertinentes, esto con el fin de poder adelantar las


| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 353 de 365 |

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 contratadas los servicios o las autoridades pertinentes.
- Se realizó acompañamiento a los hospitales adscritos a la ESE Moreno y Clavijo San Lorenzo de Arauquita, San Antonio de Tame y San Francisco de Fortul, atendiendo vivistas de calidad por parte de la EPS, Sanitas, Coopsalud y Nueva EPS.
- Se generaron los planes de mejora acorde a los hallazgos presentados.
- Se realiza comité de calidad de acorde a lo establecido en la normatividad vigente.
- Se solicita a los secretarios técnicos los comités asistenciales (seguridad del Paciente, Historias Clínicas, IAAS, Vigilancia Epidemiológica, y farmacia) acorde a las resoluciones emitidas desde gerencia para su respectivo seguimiento.
- Se realiza autoevaluación de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3100 de los servicios ofertados en cada sede hospitalaria Adscrita a la ESE Moreno y Clavijo.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC), Y SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA).

- La ESE Moreno y Clavijo, plasmo el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en salud - PAMEC- de acuerdo a la Resolución 5095 de 2018 por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Resolución 1328 De 202, Por medio de la cual se modifica el artículo 1o de la Resolución número 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los “Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”. se realizó la autoevaluación de acuerdo a los estándares de: Procesos de Atención Cliente Asistencial (PACA), Direccionamiento, Gerencia, Gestión Talento Humano, Gestión Ambiente Físico, Gestión Tecnológica, Gestión Información y Mejoramiento de Calidad con enfoque en la preparación para la Acreditación, construido con los líderes de procesos y los gerentes responsables de la ejecución de actividades, donde se priorizaron las


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 354 de 365 |

oportunidad de mejora en la atención del pacientes y su familia para vigencia 2023.

- Durante el periodo 2020 a 2023 Se generaron los actos administrativos, para adoptar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud –PAMEC- de la ESE Departamental Moreno y Clavijo.
- Dentro de los aspectos a mejorar en la atención se tuvo en cuenta principalmente los Procesos de Atención Cliente Asistencial (PACA), el direccionamiento estratégico, el plan de gestión, la gestión clínica y la seguridad del paciente, con el fin de unificar esfuerzos para el mejoramiento de los mismos y ser coherentes en su gestión.
- Es importante resaltar que la acogida al manual de acreditación en salud ha revaluado los procesos de la ESE, por lo que seguidamente se trabajara en su modificación con el fin de facilitar el logro de los resultados de calidad de la atención en salud.
- Frente a la fecha de elaboración del presente documento se ha establecido como estrategia la elaboración inicial de planes de mejora en las oportunidades de mejora debido avance del año 2022 que alcanzo 93.42 % coordinando en adelante un proceso anual para la ejecución y cumplimiento.

RUTA DE FORMULACION DE PLANES DE MEJORA Y PAMEC

| ESTANDARES | RESPONSABLE EQUIPO | CARGO |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| PACA-Deberes y derechos | Paula Andrea Duarte y Ruth Leonora Díaz Ayala | Asesora de Planeación y subgerente financiera |
| PACA- Ambulatorio- Hospitalario | Julye Avila Sguerra y Ruth Leonora Díaz Ayala | Subgerente en salud y subgerente financiera |
| PACA- IPS en Red | Julye Avila Sguerra | Subgerente en salud |
| PACA- Laboratorio clínico Imagenología | Julye Avila Sguerra | Subgerente en salud |
| Direccionamiento | Paula Andrea Duarte | Asesora de Planeación |
| Gerencia | Ruth Leonora Díaz Ayala | Subgerente Financiera |
| Talento Humano | Ruth Leonora Díaz Ayala | Subgerente Financiera |
| Gestión del ambiente físico | Ruth Leonora Díaz Ayala | Subgerente Financiera |
| Gestión de la tecnología | Ruth Leonora Díaz Ayala | Subgerente Financiera |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 355 de 365 |

| | | |
|----------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Gestión de la información | Julye Avila Sguerra | Subgerente en salud |
| Seguridad del Paciente | Lizeth Perez | Lider Seguridad del Paciente |
| Mejoramiento de la calidad | Freddy Alexander García | Asesor de garantía calidad |

Meta Establecida:

Acreditación: Continuar con el ciclo de preparación para la Acreditación a través de la Autoevaluación anual, gestionando los planes de mejoramiento continuo; para cumplir con los estándares requeridos en Acreditación y que estos sean sostenibles en el tiempo y posteriormente postularnos para la evaluación externa por medio de un contrato formalizado con la entidad Acreditadora.


- Estrategias:

- Gestión de la Humanización y de la Seguridad del Paciente, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención, generando resultados de impacto positivos.
- Gestión de los estándares de Acreditación que no se han trabajado aún en la institución.
- Fortalecer la gestión de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y adecuada utilización de esta, para el beneficio de los usuarios y a los servidores del de la ESE Moreno y Clavijo.
- Gestión de la responsabilidad social comprometida con el medio ambiente para contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la población del araucana.


La Institución se encuentra en el ciclo de preparación para la Acreditación, es decir que decidió acogerse voluntariamente a la implementación de estándares superiores de calidad y viene trabajando en el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud. A pesar de la emergencia sanitaria por COVID-19 la Institución decidió continuar con el desarrollo de las acciones de mejora propuestas para el cuatrienio, lo cual nos fortaleció en la ejecución y la prestación del servicio tanto en condiciones de seguridad, gestión del riesgo, así como la transformación de la cultura que se ha logrado en los Colaboradores, siendo así que todas estas acciones nos han permitido dar uso racional y eficiente a los recursos para atender nuestra población en condiciones dignas y seguras.

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.


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  NIT: 900.304.131 - 8 | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 356 de 365 |

Resultados VIGENCIA de 2022


|  | | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | | | | | MIS-FO-026 | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------|
| | | INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCION 256 DE 2016 | | | | | | Versión 02 | | |
| CLAS E | | 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(Tctll) 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(Ntp)</p> | 13.216 | 1.362 | 9,70 | <p>El tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como triage 2 en el servicio de urgencias es de 9,703 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 como triage2, para vigencia 2022 esta en un tiempo de 9,70 minutos, se mantiene dentro los parámetros normales según la resolución No. 5596 de 2015. se trabaja con el personal médico 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> | 5.648 | 6.179 | 91,41% | <p>El porcentaje de usuarios satisfechos con la atención durante la prestación del servicio en la entidad es de 91,41 %, lo que representa el grado de calidad de la atención al usuario en esta entidad.</p> | <p>1. Total de pacientes encuestados fueron 6179. 2. Contestaron "Muy buena" y "Buena" 5648 usuarios contestaron la pregunta de satisfacción global. Los resultados obtenidos muestran que durante año 2022 las IPS adscritas La ESE Moreno y Clavijo se obtuvo una opinión positiva ante los usuarios y que está cumpliendo con las expectativas en satisfacción de los mismos.</p> | | |
| | <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> | 127.383 | 110.998 | 1,15 | <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 año 2022 se asignaron 110998 citas para medicina general. 2. La oportunidad de cita de Medicina General está dentro del rango de los 3 días según la normatividad. Se realizaron acciones de mejora para la accesibilidad y la oportunidad a la hora de asignar citas a los usuarios.</p> | | |
| | <p>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General</p> | <p>Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó</p> | <p>Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas</p> | 28.064 | 27.116 | 1,03 | <p>El tiempo de espera para la asignación de cita de Odontología General está a 1 día, esto representa la oportunidad de atención del usuario en la ESE</p> | <p>1. Durante la vigencia 2022 se asignaron 27116 citas de odontología por primera vez. 2 La oportunidad de cita de odontología General de la ESE está 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> | 3 | 7.765 | 0,000 | <p>La proporción de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización es de 0,0003 Tch, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.</p> | <p>1. El total de pacientes hospitalizados durante el año 2022 fue de 7765 frente a una tasa de caídas de paciente de 0,003 se continua en el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente para que sean lo más efectivas posibles y evitar que los usuarios del servicio de hospitalización sufran caídas.</p> | | |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
|  <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | |
| | Versión 01 Página 357 de 365 | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias | Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo. | Total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 1000 | 3 | 28.727 | 0,0001044 | La proporción de caídas de pacientes en el servicio de URGENCIAS es de 0,0001044Tcu. | se presentaron tres caídas de un pacientes en el servicio de urgencias durante el año 2022, se realiza investigación de los eventos adversos, se hace plan de mejora, y se intensifican estrategias en el programa de seguridad del paciente para evitar al máximo caídas en este servicio. |
| Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa | Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo. | Total de personas atendidas en consulta externa por 1000 | 0 | 166.376 | 0,0000000 | 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. | No se presentaron caídas de pacientes en el servicio de consulta externa durante el año 2022, se trabaja en el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente en todos los servicios con el fin de implementar las prácticas seguras en la atención en salud. |
| Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas | Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por 1000 | 0 | 397.766 | 0,0000000 | La proporción de caídas de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico es de 0,0 Tch, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución. | No se presentaron caídas de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico complementario terapéutica durante la vigencia 2022, |
| Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización | Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización | Total de egresos de hospitalización por 100 expresado como porcentaje (%) | 0 | 3.039 | 0,0000000 | 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. | para la vigencia 2022 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. |
| Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias | Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. | Total de personas atendidas en urgencias por 100 expresado como porcentaje (%) | 11 | 28.383 | 0,0003876 | La proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias es de 0,0003876%, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución. | Ante los resultados de estos eventos adversos se establece un plan de mejoramiento enfocado en las 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. |
| Tasa de úlceras por presión | Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo | Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000 | 0 | 7.765 | 0,0000000 | 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 | En las sedes adscritas a la ESE Moreno y Clavijo no se presentaron para la vigencia 2022 eventos adversos relacionado con UPP se puede decir que las estrategias de la política de seguridad del paciente son buenas en la institución, se siguen generando estrategia que coadyuvan a la buenas practicas seguras y a su vez a que los usuarios tengan un servicio con calidad. |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. | Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso | Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%) | 59 | 28.727 | 0,0020538 | El porcentaje de pacientes que reingresan por el servicio de urgencias menor 72 horas es 0,0020%, 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 parámetros establecidos según sisprou 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. |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 358 de 365 |

Resultados I semestre 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) | Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias | Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2(TctII) y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico(Tau) | Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado (Ntp) | 7.505 | 451 | 16,64 | El tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como triage 2 en el servicio de urgencias es de 16,64 minutos, lo que representa la oportunidad de la atención del usuario en la red hospitalaria de la ESE. | 1. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (5 minutos en promedio), 2, la oportunidad de la atención de los pacientes clasificados con triage2, para el I semestre del año 2023 está en un tiempo de 16,64 minutos, se mantiene dentro los parámetros normales según la resolución No. 5596 de 2015, se trabaja con el personal médico y demás personal asistencial para ser oportunos en la atención de los usuarios por el área de urgencias.. | Elaboración Propia |
| | Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS | Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?" | Número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%) | 2.742 | 2.919 | 93,94% | El porcentaje de usuarios satisfechos con la atención durante la prestación del servicio en la entidad es de 93,94 %, lo que representa el grado de calidad de la atención al usuario en esta entidad. | 1. Total de pacientes encuestados fueron 2919. 2. Contestaron "Muy buena" y "Buena" 2742 usuarios contestaron la pregunta de satisfacción global. Los resultados obtenidos muestran que durante el primer semestre 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. | |
| | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General | 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 | Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas | 72.423 | 52.475 | 1,38 | 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 | 1. Durante el I semestre de 2023 se asignaron 72423 citas se primera vez para el servicio de medicina general. 2. La oportunidad de cita de Medicina General esta 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. | |
| | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General | 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 | Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas | 19.453 | 18.125 | 1,07 | 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 | 1. Durante el I semestre se asignaron18125 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>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 359 de 365 | |

| | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEGURIDAD | Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización | Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo. | Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo por 1000 | 0 | 4.509 | 0,000 | La proporción de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización es de 0,0 T _{ch} , lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución. | 1. El total de pacientes hospitalizados durante el I semestre fue de 4509 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 más efectivas posibles y evitar que los usuarios del servicio de hospitalización sufran caídas. |
| | Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias | Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo. | Total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 1000 | 0 | 15.312 | 0,000000 | La proporción de caídas de pacientes en el servicio de URGENCIAS es de 0,0 T _{cu} . | no se presentaron caídas en el servicio de urgencias durante el I semestre 2023, se intensifican estrategias en el programa de seguridad del paciente para evitar al caídas en este servicio. |
| | Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa | Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo. | Total de personas atendidas en consulta externa por 1000 | 0 | 102.103 | 0,000 | La proporción de caídas de pacientes en el servicio de consulta externa es de 0,0 T _{ce} , lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución. | No se presentaron caídas de pacientes en el servicio de consulta externa durante el I semestre de 2023 |
| | Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas | Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por 1000 | 0 | 297.968 | 0,000 | La proporción de caídas de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico es de 0,0 T _{ch} , lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución. | No se presentaron caídas de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico complementario terapéutica durante el I semestre 2023 |
| | Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización | Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización | Total de egresos de hospitalización por 100 expresado como porcentaje (%) | 0 | 1.746 | 0,00% | 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. | A pesar que en este semestre 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. |
| | Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias | Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. | Total de personas atendidas en urgencias por 100 expresado como porcentaje (%) | 5 | 15.313 | 0,03% | la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias es de 0,03%, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución. | Ante los resultados de estos eventos adversos se establece un plan de mejoramiento enfocado en las 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. |
| | Tasa de úlceras por presión | Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo | Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000 | 0 | 4.509 | 0,00 | La tasa de UPP en el servicio de hospitalización es de 0,0T _{upp} , lo que representa la seguridad de la atención de los usuarios en la ESE | Ante los resultados de UPP se puede decir que las estrategias de la política de seguridad del paciente son buenas en la institución |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 360 de 365 |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. | Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso | Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%) | 4 | 15.313 | 0,03% | El porcentaje de pacientes que reingresan por el servicio de urgencias menores 72 horas es 0,3%, 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 parámetros establecidos según sispro para el departamento esta 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 medica y tratamiento de los pacientes con el fin de disminuir este indicador en nuestra red prestadora de servicios. |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 las vigencias 2020- 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.

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 361 de 365 |

apoyada por todos los líderes de los procesos. A continuación, se dará detalle de las actividades realizadas por el proceso de Gestión de calidad.

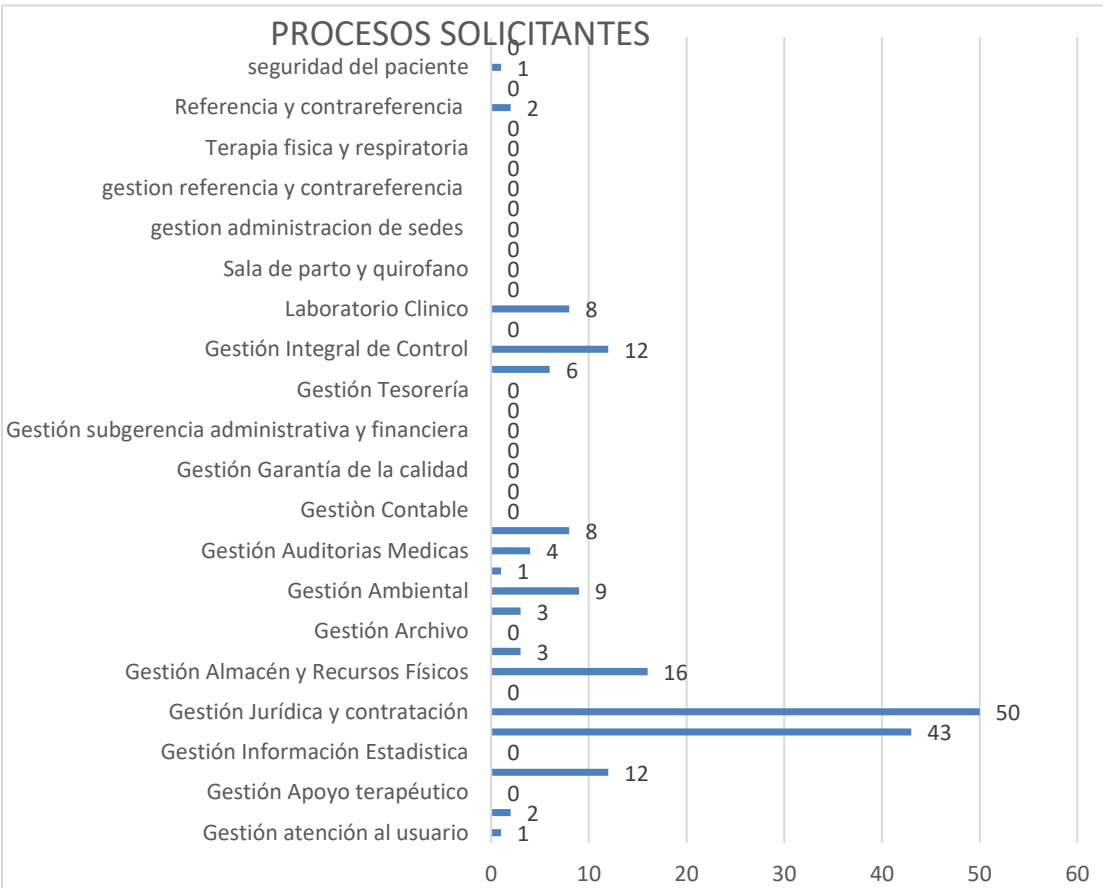
RESULTADOS

Gestión de solicitudes de creación. Modificación y eliminación de documentos y formatos del SIG

Es así como en el primer trimestre de la vigencia 2023 se revisaron, codificaron y aprobaron un total de 181 solicitudes entre formatos, instructivos, manuales, guías, procedimientos y documentos provenientes de los diferentes procesos, de la misma manera se incluyeron dentro de los listados maestros de cada uno de los procesos correspondientes y se actualizó el archivo físico de cada uno de los procesos.

Los procesos y subprocesos que requirieron hacer ajustes en la documentación, con la totalidad de solicitudes aprobadas.

Tabla N.1 Procesos Solicitantes de Creación, Modificación y Eliminación

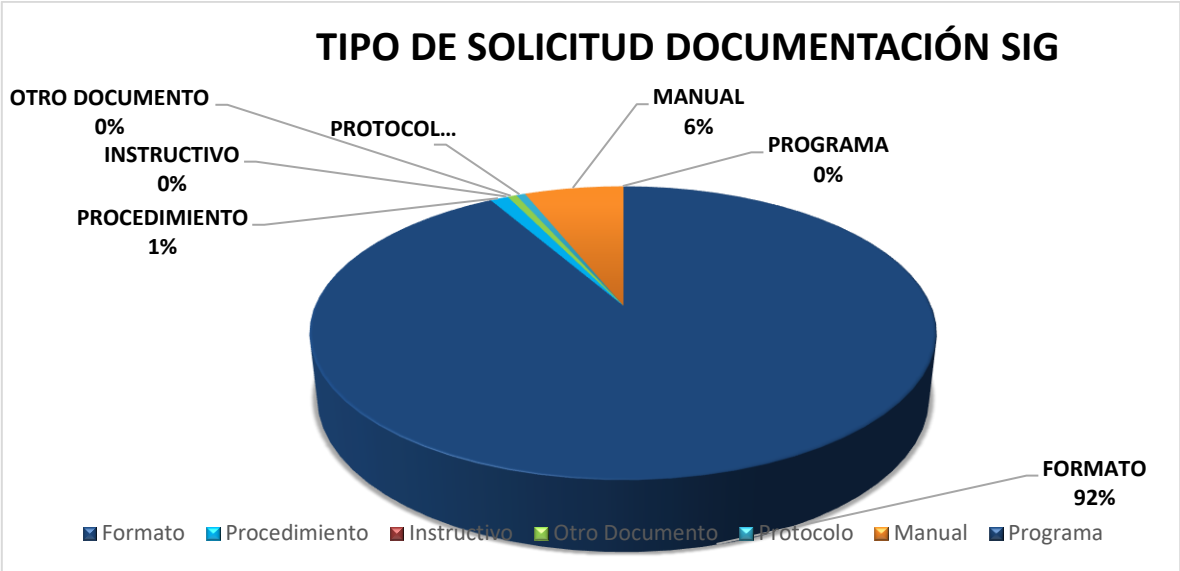


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 362 de 365 |

De acuerdo a la tabla anterior se puede observar que los procesos con mayor número de solicitudes son, el proceso Jurídica y Contratación y promoción y mantenimiento de la salud, Igualmente se evidencia que los procesos y subprocesos, gestionaron en mayor proporción el tipo de documento “formato”, debido a que son documentos que se usan como herramienta fundamental para dejar registros de las actividades que se desarrollan en los diferentes procesos de la entidad.

A continuación, se refleja la tabla de solicitudes realizadas:


Tabla N.2 Tipo de Documento.



De las 181 solicitudes que fueron recibidas y gestionadas en totalidad por el proceso de Gestión de Calidad durante estas vigencias, se tramitaron un total de 165 Formatos el cual es el documento base de la estructura documental, 2 procedimiento, 1 otros documentos, protocolos 1, manuales 11, guías 1, instructivos 0 programas 0.

De la misma manera, se puede identificar los tipos de solicitudes que se presentaron durante la vigencia del año en curso, a continuación, se muestra de manera detallada la clasificación de éstas:

Tabla N.3. Tipo de Solicitud.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 363 de 365 |

| TIPO DE SOLICITUD | TOTAL | % |
|--------------------------|--------------|-------------|
| Modificación | 107 | 59% |
| Creación | 10 | 6% |
| Eliminación | 64 | 35% |
| TOTAL | 181 | 100% |

Como se puede observar en la tabla anterior, el 6 % de las solicitudes corresponde a la creación de nuevos instructivos, procedimientos y formatos principalmente, debido a las necesidades que han detectado los líderes de proceso para fortalecer la ejecución de los mismos y con un 59% la modificación de documentos para ajustar los existentes de acuerdo a normatividad y a necesidad del proceso; y se presentó el 35% solicitudes de eliminación de la documentación del sistema integrado de Gestión, De forma importante se resalta el interés y compromiso de algunos líderes de procesos con el buen funcionamiento y sostenimiento del Sistema de Gestión Integrado de la entidad.


CONCLUSIONES

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Es importante mencionar que la ESE Moreno y Clavijo, apunta dentro de su plataforma estratégica al mejoramiento continuo, por tal motivo es deber de todos los colaboradores directos e indirectos trabajar arduamente para que todos los procesos y subprocesos estén alineados a esta política y poder lograr su visión.

En sus cuatro componentes se aúnan esfuerzos para que en todas sus sedes adscritas contribuyan al cumplimiento de la misma, es fundamental el mejoramiento de la cultura organizacional para que se logren resultados en esta materia.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO.

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestión Garantía de la Calidad | Porcentaje de cumplimiento del programa de seguridad del paciente | 90,10% | Se estableció un líder general para seguridad del paciente, conformación de referentes en las sedes hospitalarias, fortalecimiento e implementación del programa de seguridad del paciente |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  <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 364 de 365 |

| | | | |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Cumplimiento del Plan de Mejoramiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud- PAMEC.PAMEC | 93,42% | Para esta vigencia El PAMEC alcanzo un 93,42% de cumplimiento de las 76 actividades programadas para el año 2022, quedando 5 actividades atrasadas lo que comprende un porcentaje del 6,58%, comparado con el la vigencia anterior se mantiene el porcentaje de logros plantados |
| | Adherencia a las guías, protocolos, procedimientos, formatos, manuales aprobados en el Sistema Integrado de Gestión | 97,54% | Se realizó adherencia en un 97,54 a las guías, protocolos, procedimientos, formatos, manuales aprobados en el sistema de Gestión de Calidad, en toda la sede hospitalaria adscrita a la ESE Moreno y Clavijo. |
| | Porcentaje de adherencia a guías, protocolos y demás documentación aprobada en PyP | 96,50% | La red hospitalaria cumple con el cronograma de capacitaciones establecido para la vigencia, así como en la actualización de las guías, manuales y protocolos establecidos para dar cumplimiento a las Ruta Integrales de Atención en Salud, de acuerdo con la resolución 3280 de 2018. Se lleva a cabo la medición en la adherencia de este proceso, quedando en un 96,50% el cumplimiento a este indicador. |
| | Adherencia a las capacitaciones y actividades ejecutadas en torno a la Seguridad del Paciente | 90,25% | La adherencia a las capacitaciones y actividades ejecutadas en torno a la seguridad del paciente obtuvo un 90,25%. Con la asignación de referentes en cada sede hospitalaria se adelantó el plan de capacitación y evaluación de adherencia de acuerdo a los objetivos propuestos para esta vigencia. |
| | Calidad de la Historia Clínica | 90,00% | este indicador para la vigencia 2022 obtuvo un puntaje de 90%, acorde a lo propuesto para este año |
| | Proporción de vigilancia de eventos adversos | 100,00% | En conjunto con el líder del programa y los referentes de las sedes hospitalarias adscritas a la ese moreno y Clavijo, se adelanta una vigilancia estricta de los eventos adversos y acciones inseguras en atención en salud que se presenta en la ESE Moreno y Clavijo. |
| Gestión Calidad | Cumplimiento con el plan de auditorías internas anual por parte de gestión calidad | 92,50% | En gestión calidad según lo establecido en el procedimiento GCA-PR-001, donde se estima el desglose de las actividades para la elaboración y control de los documentos del SIG realizado por el proceso gestión de calidad; se estima la revisión por parte de Subgerencia Administrativa y financiera o la subgerencia en salud, según sea el proceso |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | GPL-FO-036 |
| | FORMATO INFORME DE GESTIÓN | Versión 01 |
| | | Página 365 de 365 |

| | | | |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>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.</p> |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO
GERENTE

Consolido y elaboro: Paula A Duarte L, Asesora Planeación ESE MYC