

Tabla de contenido

INTRODUCCION.....	3
1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	4
1.1 MISIÓN.....	4
1.2 VISIÓN.....	4
1.3 PRINCIPIOS.....	4
1.4 VALORES.....	4
1.5 MAPA DE PROCESOS.....	5
1.5. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	6
2. CRONOGRAMA SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.....	6
3. METODOLOGÍA.....	9
4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO.....	9
4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS.....	9
4.1.1. PLANEACIÓN.....	9
4.1.2 GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.....	10
4.2 PROCESO MISIONAL.....	11
4.2.1 SUBGERENCIA EN SALUD.....	11
4.2.2. SIAU.....	11
4.2.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	12
4.2.4 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME.....	13
4.2.5 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL.....	18
4.2.5 HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA.....	25
4.2.7 HOSPITAL SAN JOSÉ DE CRAVO NORTE.....	30
4.2.8 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.....	37
4.1.9 HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI.....	41
4.2.9 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL.....	48
4.2.10 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ.....	54
4.3 PROCESOS DE APOYO.....	61
4.3.1 PRESUPUESTO.....	61
4.3.2 CONTABILIDAD.....	61
4.3.3 CARTERA.....	62
4.3.4 TESORERÍA.....	63
4.3.5 FACTURACIÓN.....	64
4.3.6 TALENTO HUMANO.....	66
4.3.7 GESTIÓN DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍA.....	67
4.3.8 COMUNICACIONES.....	68
4.3.9 GESTIÓN DOCUMENTAL.....	69
4.3.10 ALMACEN.....	70
4.3.11 GESTIÓN AMBIENTAL.....	71

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

4.3.12 INFRAESTRUCTURA.....	72
4.3.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ÁREA BIOMEDICA.	72
4.3.14 GESTIÓN JURÍDICA.....	73
4.4 PROCESO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	74
4.4.1 CONTROL INTERNO.....	74
5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	75

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

INTRODUCCION

En cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1499 de 2017, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de noviembre de 2022, y demás normas concordantes, desde la oficina de planeación se le realiza Monitoreo al Mapa de Riesgos 2024, tomando la información de cada uno de los procesos que componen la ESE Moreno y Clavijo.

Con lo anterior, se busca validar las acciones propuestas para eliminar o mitigar los riesgos más relevantes, que afectan directamente a la entidad, como el de corrupción, identificados y valorados dentro del Mapa de Riesgos Institucional 2024.

La entidad está comprometida en cada una de sus áreas, en darle cumplimiento a las acciones planteadas, levantando sus evidencias para erradicar los riesgos de los procesos, parametrizando cada uno de ellos y buscando siempre el bienestar colectivo de los usuarios y empleados.

Para lograr lo aquí planteado, se envió Nota Interna del 10 de mayo de 2024 a los correos institucionales, con el cronograma, para después visitar a cada uno de los líderes de procesos, haciendo el monitoreo in situ, y así validar de primera mano la información sobre las actividades o acciones tomadas con el Mapa de Riesgos Institucionales 2024. Cabe resaltar que, por condiciones de logística por la localización de nuestros prestadores de servicios de los procesos misionales, no se pudo realizar con la metodología aquí planteada, visitas a los Hospitales de Puerto Rondón, Cravo Norte y la Esmeralda; con ellos se validaron informes de gestión con cada uno de los directores, coordinadores y personal responsable.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

1.1 MISIÓN.

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

1.2 VISIÓN

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

1.3 PRINCIPIOS

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

1.4 VALORES

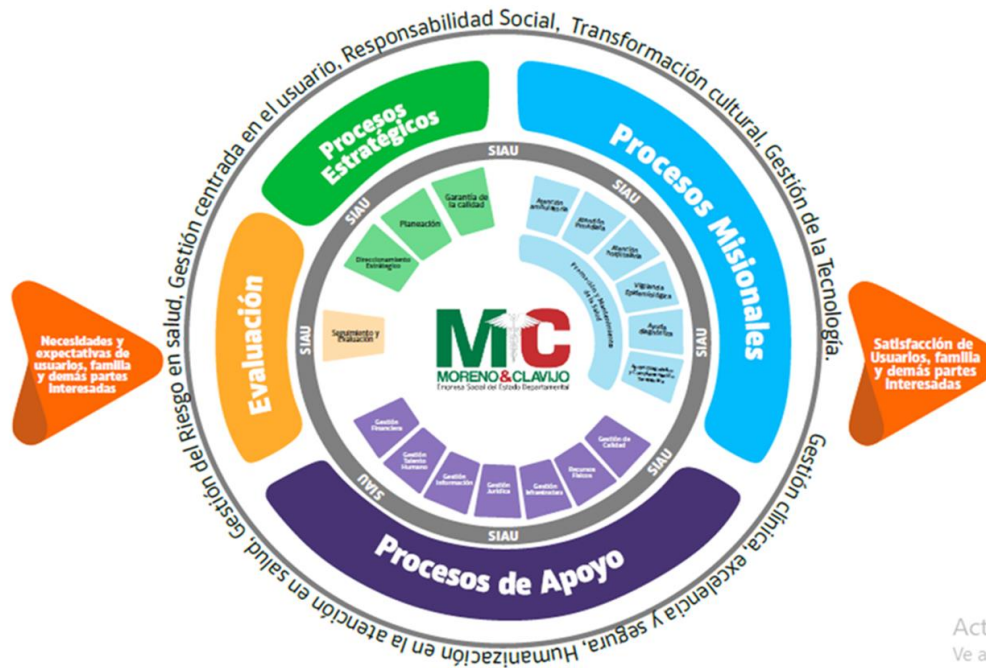
- ❖ Honestidad
- ❖ Respeto
- ❖ Compromiso
- ❖ Justicia
- ❖ Diligencia
- ❖ Resiliencia

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

1.5 MAPA DE PROCESOS



Acti
 Ve a l

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

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

1.5. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

El 30 de enero de 2024, fue publicado en la página web de la ESE Moreno y Clavijo el Mapa de Riesgos vigencia 2024.

La elaboración del Mapa de Riesgos se inició en diciembre del 2023 de manera directa, activa, participativa, donde cada uno de los líderes de los procesos es el responsable de las acciones que son producto de su trabajo. Como resultado de esta tarea se consolidaron los mapas de riesgos por procesos e institucional que permiten hacer monitoreo, seguimiento y evaluación a todas nuestras actividades y poder así detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

La guía para la elaboración del mapa de riesgos, fue actualizada por la Función Pública en noviembre 2022, este cambio hace que el Mapa de Riesgos y la política del Riesgos se deben actualizar con fecha límite hasta el 31 de diciembre del 2023.

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

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

2. CRONOGRAMA SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

De acuerdo a lo planteado para el seguimiento del mapa de riesgos institucional 2024, se desarrolló el siguiente cronograma de trabajo:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

CIRCULAR No 009 DE 2024

De: Gerencia

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

Asunto: Cronograma Monitoreo y Seguimiento al **Plan de Acción Anual operativo, PAAC y Mapa de Riesgos.**

Fecha: Tame- Arauca, 10 de mayo de 2024

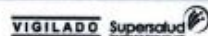
Dando cumplimiento al primer Monitoreo y Seguimiento al **Plan de Acción Anual operativo, PAAC y Mapa de Riesgo 2024**, por parte de Planeación y Control Interno, se da a conocer el cronograma de las actividades contempladas a partir del jueves 16 de mayo 2024.

CRONOGRAMA DESARROLLO DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
ITEN	HOSPITALES	MODALIDAD	FECHA DE MONITOREO	HORA
1	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Virtual	Mayo -16-2024	8:00 am 5:00 pm
2	SEDE ADMINISTRATIVA	Presencial	Mayo -17-2024	8:00 am 5:00 pm
3	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Presencial	Mayo -20-2024	8:00 am 3:00 pm
4	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	Presencial	Mayo -21-2024	8:00 am 3:00 pm
5	HOSPITAL SAN FRANCISCO FORTUL	Presencial	Mayo -22-2024	8:00 am 3:00 pm
6	CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	Presencial	Mayo -23-2024	8:00 am 3:00 pm
7	CENTRO DE SALUD PUERTO JORDAN	Presencial	Mayo -24-2024	8:00 am 3:00 pm
8	HOSPITAL SAN JUAN DE PUERTO RONDÓN	Presencial	Mayo -27-2024	8:00 am 3:00 pm
9	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	Presencial	Mayo -28-2024	8:00 am 3:00 pm

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966



"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966



Recomendaciones:

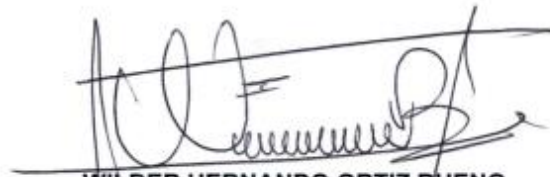
Con la finalidad de realizar las actividades sin contratiempos en los diferentes Hospitales y Centros de Salud, se recomienda a los directores y líderes de procesos socializar este cronograma con su equipo de trabajo; así mismo contar con la información disponible y organizada para el monitoreo y seguimiento.

El hospital de Cravo norte se le aplicara el monitoreo y seguimiento virtual, enviando la información a los siguientes correos.

Nota: enviar información solicitada a los siguientes correos

planeacion@esemorenoyclavijo.gov.co cinterno@esemorenoyclavijo.gov.co

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



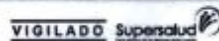
WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO
Gerente
ESE Moreno y Clavijo

Elaboró: Nelly Rosmira Márquez Cantor- Apoyo planeación
Revisó: Jhon Felky Martínez Montaña/Asesor Planeación
Maria Amparo Vanegas Molano / Asesora Control Interno

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966



“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966



3. METODOLOGÍA

La metodología empleada para el desarrollo del seguimiento y monitoreo al Mapa de Riesgos Institucionales 2021, fue hacer visita a los líderes de proceso en el sitio, revisando los soportes y evidencias de cada una de las actividades planteadas en el mencionado mapa. El control se llevó a cabo con el FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCIÓN, GPL-FO-004, Versión 3

4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS

4.1.1. PLANEACIÓN

Desde este proceso estratégico, importante donde se maneja es la verificación de las evidencias a los avances de productos y actividades, las auditorías realizadas a los planes de acción, plan anticorrupción y mapa de Riesgo, se verificó la información realizada dentro del proceso de planeación y se pudo evidenciar que se están cumpliendo en un **100%** para el primer cuatrimestre del 2024. Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total evaluado:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Levantar Actividades Plan de Acción Anual Operativo, Plan anticorrupción y Mapa de Riesgos	se realiza mesa de trabajo para Levantar Actividades Plan de Acción Anual Operativo, Plan anticorrupción y Mapa de Riesgos	se encuentra publicado en la página web de la institución. https://esemorenoyclavijo.gov.co/plan-de-accion/	33%
	Socialización del Plan de Acción Anual Operativo, Plan anticorrupción y Mapa de Riesgos	se realizó la Socialización del Plan de Acción Anual Operativo, Plan anticorrupción y Mapa de Riesgos	se encuentra publicado en la página web de la institución. https://esemorenoyclavijo.gov.co/plan-de-accion/	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de las políticas institucionales que den cumplimiento a los objetivos estratégicos de la E.S.E MORENO Y CLAVIJO debido a una falla en la medición de las mismas.	Monitoreos Trimestrales de planes y Políticas Institucionales	se realizaron Monitoreos Trimestrales de planes y Políticas Institucionales	se encuentra publicado en la página web de la institución .https://esemorenoyclavijo.gov.co/plan-de-acción/	33%
	Elaboración publicación y Socialización de Planes Institucionales	se hizo la Elaboración publicación y Socialización de Planes Institucionales	se encuentra publicado en la página web de la institución. https://esemorenoyclavijo.gov.co/plan-de-acción/	33%
Pérdida de archivo digital: Audiovisual y fotográfico	Hacer backup las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual que tenga respaldo	se realizaron backup las veces que sean necesarias luego y se hicieron trabajo audiovisual que tenga respaldo	se encuentra publicado en la pagina web de la institución .https://esemorenoyclavijo.gov.co/plan-de-acción/	33%
	Respaldo de información en el drive institucional	se hizo Respaldo de información en el drive institucional	se encuentra publicado en la página web de la institución. https://esemorenoyclavijo.gov.co/plan-de-acción/	33%
				100%

4.1.2 GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión y aseguramiento de calidad, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2024. Se obtuvo un puntaje del **100%**, para el primer cuatrimestre del 2024 Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total evaluado:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Sanción por parte de la superintendencia de salud.	Seguimiento a la norma a través de auditorías internas a los procesos misionales	se hizo Seguimiento a la norma a través de auditorías internas a los procesos misionales	Se encuentra en el PC de CALIDA C:\Users\Usuario\Documents\GESTION 2024\SOGC	33%
	Implementación del PAMEC para la vigencia	se llevó a cabo mesa de trabajo para la Implementación del PAMEC para la vigencia 2024	Se encuentra en el PC de CALIDA C:\Users\Usuario\Documents\GESTION 2024\SOGC	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Ejecución de auditorias acorde al cronograma que se plantea	se hizo realiza cronograma para la Ejecución de auditorias acorde a lo planteado.	Se encuentra en el PC de CALIDA C:\Users\Usuario\Documents\GESTION 2024\SOGC	33%
			100%

4.2 PROCESO MISIONAL

4.2.1 SUBGERENCIA EN SALUD

Este proceso se evaluó en la sede central, a la subgerente en salud y su equipo de trabajo, todas las actividades de dirección, coordinación y apoyo a los centros asistenciales de la red, el porcentaje de cumplimiento fue del **99%**. Se recomienda realizar plan de trabajo para evaluar al personal y socializar para medir la adherencia. Lo anterior se evidencia en el cuadro a continuación:

4.2.2. SIAU

En este proceso Misional para la entidad, donde se maneja atención al usuario, al ciudadano y transparencia de la información, se visitó la coordinación SIAU de la sede central y la de cuatro (4) hospitales y dos centros de salud y 2 hospitales por medios virtual en la red de prestación del servicio; se pudo evidenciar que se están cumpliendo en un **96%**, con algunas observaciones para tener en cuenta en el segundo cuatrimestre del 2024. Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total de este cuatrimestre evaluado:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: 05 Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Levantamiento de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	Se cuenta en el manual / manual actualizado para la vigencia 2024	Esta en archivo digital, Carpeta SIAU, subcarpeta Guías y Protocolos	33%
	Socialización de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	se encuentra programado la socialización de Procedimiento para la implementación y verificación de nuevos trámites	se observa coreos enviados de programación de la socialización para el personal de SIAU EN LA RED HOSPITALARIA	33%
	Socializar en cada uno de los procesos el Manual de Gestión y Atención al Usuario SIAU	se encuentra programada la socializacioncita uno de los municipios en los hospitales y centros de salud	se encuentra programado la socialización para el mes de junio 2024	28%
	Aplicación del consolidado de las PQRSDf tanto en las IPS como en la sede	Se realizo el consolidado de manera mensual, del primer cuatrimestre del 2024	Esta en archivo digital, escritorio de SIAU 2024, Actividades	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

	Central.		SIAU, Matriz de reporte mensual	
				96%

4.2.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En cuanto a este proceso de relevancia por el tema estadístico, se han venido cumpliendo todas las actividades, el resultado fue del **100%**, para el primer cuatrimestre del 2024 Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total evaluado:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de la normatividad	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	Recepción de la información estadística mensual	Carpeta en el PC Sistemas de Información: Disco/si información, se encuentran las carpetas informes de manera mensual. Se evidencia en el informe de gestión de cada proceso.	33%
	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Recepción de la información estadística mensual antes de los 10 días hábiles	Carpeta en el PC de sistemas de información se encuentra el seguimiento estadístico de unidades asistenciales. Se están recibiendo los primeros 5 días de cada EPS, desde los hospitales y centros de salud.	33%
	1. Matriz de aplicabilidad para seguridad de la información, herramienta con la que se mide el avance en la implementación de la política según ISO 27001. Soporte: Matriz de aplicabilidad para seguridad de la información.	se realiza Matriz de aplicabilidad para seguridad de la información, herramienta con la que se mide el avance en la implementación de la política	ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO- MATRIZ ISO -256-2024	33%
Baja disponibilidad de información al usuario	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	Capacitación desde el área de SIAU	Se realizaron desde el área de SIAU en el mes de octubre 2024 PC Sistemas de Información: DiscoD/sinformacion	33%
	Diseñar, socializar y realizar adherencia de formato de Control de todos los informes de los procesos que deben estar publicado en la Página Web de la entidad	Se evidencia socialización de informe de análisis de prestación de servicios	se evidencia diseño, socialización, adherencia.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Debilidad en el sistema de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	Consolidado de información en el cual se encuentra dentro del informe de gestión	Se encuentra evidencia en PC de Sistemas de información, se recibe información mensual desde el área de correspondencia y se adjunta trimestralmente en informe de gestión para este primer trimestre	33%
			TOTAL	100%

4.2.4 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital que comparte municipio con la sede administrativa, teniendo un resultado en el monitoreo del **100%**, para el primer cuatrimestre del 2024 Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total evaluado:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	No se presentan evidencias, porque no ha ocurrido la acción	coreos enviados y reporte por parte de talento humano de la Sede administrativa - Personal de nómina, OPS y termino fijo.	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 (202/2024) de forma quincenal -SISPRO	Se hace de manera quincenal revisión de los RIPS en conjunto con la auxiliar encargada de la 202, coordinador de facturación, coordinadora del PYM, se consolida la información de Pto Jordán y Tame, con el fin de verificar que todo este facturado, se esté cumpliendo con las metas correctamente, ingresado en la resolución 202 y se hacen los cargues a las respectivas plataformas	Se diligencia formato estipulado para la respectiva verificación el cual va firmado por facturación, PYM de 202 /2024	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente PYM	Se genera informe de facturación de los rips, detallado, se hace de forma diario/semanal, revisando datos de usuarios comparándolos registros diarios de PyM. Se reúnen con directora de hospital, líder de cada EAPB para verificar metas semanales según registros en software.	Se realiza acta de revisión/cruce física, en carpeta en PYM, igual, se hacen al correo de PyM semanalmente.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Se encuentra compartida carpeta que contiene guías Manuales, protocolos y guías de la institución.	Compartida en red de la institución desde el servidores del HSAT.	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se realiza socialización de guías desde la coordinación de PyM, se les informa por medio de grupo de WhatsApp de equipo de PyM.	Se encuentra en carpeta en medio digital desde el equipo de coordinación de PyM.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE	Se realizan evaluaciones a través de cuestionarios físicos al personal.	Se evidencian los cuestionarios y evaluación en atención en salud para la vejez, el día 05 de febrero 2024, se realiza el análisis correspondiente con plan de mejora	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales - JEFE	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se encuentra Guía practica clínica para la prevención detección temprana y tratamiento de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se cuenta con modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud del Minsalud.	Se encuentra compartida en los equipos del HSAT, desde la red compartida.	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 3100/2019	El personal ha recibido socialización en estas guías de manera presencial: Socialización de guía de maternidad segura: 14/02/24, socialización guía trabajo de parto, monitorie fetal , atención al recién nacido: 14/02/2024,	Evidencia en físico, en asistencia a capacitaciones, archivada en oficina de coordinación de urgencias.	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google forms	Se evidencia evaluación de adherencia en medio físico	se evidencia: en medio físico.	33%
Inoportunidad de la atención ---- ESTADISTICA*SIST EMAS	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general. Res.1552/256	Se realiza en el proceso de estadística en el cual, la medición de la oportunidad de citas en el último cuatrimestre ha disminuido el tiempo en la oportunidad a 3 días promedio según la 1552 y 2 días promedio en la 256 para consultas por primera vez.	Se almacena en el computador de estadística: Ruta: Documentos, estadística, información resolución 256 tipo 2	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención.	Se realizan Macrocomité de manera mensual, (comité de SIAU, Seguridad del Paciente, facturación pym, sistemas, infecciones intrahospitalarias, usuarios y ética hospitalaria, archivos y historias clínicas) donde cada líder de proceso socializa todo lo relacionado con su entorno, se realiza acta, y se	Cada líder cuenta con las actas en archivo, se digitaliza y reposa en correos electrónicos de cada líder.	33%

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

		escala a la sede admirativa, a cada líder del respectivo proceso.		
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales EPIDEMIOLOGIA	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2023	Se observa cronograma de capacitaciones de manera mensual, se esta esperado la capacitación que se realizara en el mes de junio 2024	Esta en Pc de salud pública / mis documentos / Salud pública / Cronograma de capacitaciones.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	Se realiza socializaciones y se observan evaluaciones de adherencia	Se observa evaluación de adherencia en medio físico, con fecha del mes de febrero 2024	33%
Incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Socializar el proceso documentado	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizo las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizo las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo	33%
	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
	Socialización del formato aprobado	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales	Evidencia acta de comité	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

		VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.		
	Evaluación de la adherencia	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el PC/ carpeta salud pública/ Evidencia acta de comité.	33%
	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
Silencio Epidemiológico.	Socializar el proceso documentado	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizo las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizo las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo	33%
	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
	Socialización del formato aprobado	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso ----PIC	Elaborar procedimiento de los PIC	Se cuenta con procedimiento desde la sede administrativa, para trabajar con los municipios	Formato de manejo para cada municipio	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los pic, mediante formato de verificación de evidencias y cumplimiento	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	33%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Se toma bitácoras de las remisiones realizadas y se compara con traslados facturados. Se incluye esta información en informe la Dirección, trimestral de acuerdo a solicitudes.	Se encuentra en correo electrónico: referenciatame@esemorenoyclavijo.gov.co El cruce se realiza mediante Excel descargado de salud360 y se registra información igualmente en link generado por jefe de Urgencias, el cual debe ser diligenciado por conductor y auxiliar de enfermería, se compara la información con los RIPS facturados.	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se solicitan desde Dirección del hospital y los autoriza Subgerencia de Salud.	Se realizo solicitud a UAESA de autorización para los vehículos	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se hace el proceso de manera semanal, el jefe se servicio de urgencia, recibe el llamado, informa al equipo de referencia, el cual cuenta con 20 minutos para llegar al sitio, luego se hace una reunión con equipo de referencia, para verificar tiempos de respuesta, se hace acta de socialización traslados de remisiones cada 2 meses y tiempos de llegadas, con el equipo de referencia.	Reposa en físico en área de urgencias y se reporta en el informe trimestral.	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	A la bitácora se le hace auditoria por parte del líder de referencia diariamente.	Se verifica haciendo observación directa al documento de bitácora, junto a historia clínica.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrarreferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	En el primer semestre se recibió formato para seguimiento de combustible y mantenimiento de ambulancias, el cual se estableció para control de estos. Los conductores los diligencian y entregan directamente a directora de HSAT.	Se evidencia en forma física.	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Desde dirección se autoriza, a través de una planilla de acuerdo a donde se realice el traslado hay una cantidad asignada para cada recorrido.	Se lleva un talonario que maneja la directora y lo verifica cada 2 días.	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos FARMACIA	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	se hace por medio del software salud360, se continua haciendo por ventanilla de farmacia del HSAT, se entregan medicamentos de PyM; con orden de medico (formula) se verifica que se encuentre facturado en el software y se procede a su dispensación.	Software salud360, tomando despacho de PyM desde farmacia, Urgencias desde bodega de salud 360 que alimenta la Farmacia del HSAT y los auxiliares de enfermería toman y descargan para suministros a pacientes. En el software salud 360, queda la	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

		Paciente urgencias: se genera de acuerdo al cargue del medico en el software, el auxiliar de enfermería hace uso de medicamentos a pacientes según cargue en la bodega de urgencias de salud360.	trazabilidad del usuario que ingresa y realiza algún movimiento en este.	
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNOVIGILANCIA, se maneja de la sede central. Con respecto a FARMACOVIGILANCIA, se maneja con software VIGIFLOW, se reportan eventos y reacciones adversas leves de medicamentos. Se aplica farmacovigilancia activa y pasiva.	Se evidencia última descarga de alerta sanitaria de medicamentos del 14 marzo/2024 y de dispositivos médicos que se ajusta a lo expuesto en la pagina del Invima.	33%
Desvíos de recursos físicos FARMACIA	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	A la fecha del seguimiento no se evidencia inventarios al día, la responsable de farmacia HSAT, manifiesta que se presenta por medio del software salud360.	Desde la implementación de salud360, se hizo inventario general de farmacia HSAT el cual se envía al líder del proceso en sede administrativa. A 31 de cada mes 2024	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y su respectiva semaforización	La semaforización se realiza para hacer seguimientos y dispositivos médicos, se hace de forma mensual. Cada vez que se hace la recepción de se identifica en software para su semaforización. Se hace informe mensual a farmacia de sede administrativa.	Se verifica en el software. Se hace reporte de próximos a vencer a sede administrativa, igualmente acta de vencidos cuando se presentan y se hace rotación en la red hospitalaria para evitar vencimientos.	33%
				100%

4.2.5 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Fortul, teniendo un resultado en el monitoreo del **100%**, para el primer cuatrimestre del 2024 Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total evaluado:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se ha realizado la contratación de acuerdo a la necesidad del hospital en este primer cuatrimestre de la vigencia 2024	Certificación por parte del líder de Talento Humano en la no continuidad de sus labores	33%

Comprometidos con el bienestar de nuestra gente

	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 (22) de forma quincenal	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	SISPRO pasa información a jefe de PyM para cruce de información. Se hace la verificación semanal y según formato diseñado por la ESE, se hace de manera quincenal. En formato PYP-FO-134 verificación de cumplimiento semanal de indicadores.	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace de acuerdo a la contratación y matriz con la Res. 3280. Se realiza formato de verificación semanal en conjunto PYM. En el software nuevo se trabaja por sabanas de citas por actividad semanalmente.	Se tiene registro semanal del formato de verificación de los RIPS la ultima semana del mes, la evidencia se tiene en el pc de la coordinadora de PyM. A final de mes de hace cruce con RIPS facturados.	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Cada pc de las áreas se cuenta con carpetas completas	Se cuenta con carpetas en cada PC	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se han tratado temas como: atención al cuidado preconcepcional, interrupción voluntaria del embarazo, atención para cuidado prenatal, atención de emergencias obstétricas y atención al recién nacido y sus complicaciones prenatales.	Se encuentra en medio magnético realizado por Google forms.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google Forms en la red de la ESE	Se cuenta con adherencia realizadas. Con un promedio de 64% participantes del total del HSFF	Se encuentran en Google Forms, se descargan y se guardan las evidencias	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se cuenta con Guía Manejo de la Hemorragia obstétrica Código Rojo, del año 2007, del Ministerio adoptada. Se encuentra Guía practica clínica para la prevención detección temprana y tratamiento de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se cuenta con modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud del Minsalud.	Se evidencia en Pc de Jefe de Urgencias: Disco D: Mapa de Riesgos 2024 y correo electronico.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 3100 de 2019	Durante este primer cuatrimestre se han realizado capacitaciones a personal, en los siguientes temas: protocolo de inserción de catéter vesical, emergencias internas del hospital, diagnósticos más consultados, otros temas relacionados con los servicios, protocolo de atención de urgencias psiquiátricas, socialización de enfermedad más consultada, socialización de protocolo de reanimación, guía de aspiración de secreciones, protocolo de signos vitales, socialización binomio madre e hijo.	Se evidencia carpeta en físico con evidencia de socializaciones	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google Forms	Se cuenta con adherencia en Google forms	Se cuenta con evidencia en Google forms, en febrero 2024	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Por la Res. 256 en la cual se maneja una agenda de cita y su oportunidad va de un 1 día.	Se evidencia en digital en el PC de estadística, Mis documentos: informes 2024. Se entregan antes de los cinco (5) primeros días del mes, a sistemas de información de la sede central.	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención.	Se realizan Comités de manera mensual, (comité de SIAU, Seguridad del Paciente, Infecciones Intrahospitalarias, historias clínicas, PYM, sivigila, referencia y Contrarreferencia, facturación) donde cada líder de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso.	Se encuentran en medio físico y digital, cada proceso tiene su acta.	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2024	Se cuenta con cronograma de socializaciones de comité de vigilancia epidemiológica y Protocolos 2024	Se evidencia cronogramas actualizados en medio magnético PC/D:vigilancia2024/programaciones.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por	Se cuenta con adherencia en medio magnético en conjunto con el jefe de urgencias de la institución	Se evidencia socializaciones y actas de los meses del primer cuatrimestre	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

	Google forms en la red de la ESE.			
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Se cuenta con cronograma para la evaluación de adherencia de los manuales del proceso.	Se evidencia cronograma en medio magnético	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	Socializaciones de: Manual de bioseguridad y Manual de uso y reusó de material de laboratorio Manual de manejo de residuos en el laboratorio clínico y manual de limpieza y desinfección en el área de laboratorio clínico y de Manual de transporte, conservación y remisión de muestras del laboratorio clínico” y “manual de manual de toma, conservación y transporte de muestras en el área de laboratorio clínico”	Se evidencia socializaciones de temas y evaluaciones de adherencia.	33%
	Plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se realizó capacitaciones según cronograma de capacitaciones.	Ultima capacitación febrero 2024	33%
	Plan de trabajo para evaluar al personal	Se cuenta con cronograma para la evaluación de adherencia de los manuales del proceso.	Se evidencia cronograma en medio magnético	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra la última versión 5 de febrero de 2024	Se tiene el manual actualizado en digital en PC de farmacia, D: mis documentos/manual de farmacovigilancia	33%
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Socializar el proceso documentado	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizo las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizo las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo	33%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
	Socialización del formato aprobado	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Evidencia acta de comité	33%
	Evaluación de la adherencia	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el PC/ carpeta salud pública/ Evidencia acta de comité.	33%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Se cuenta con procedimiento desde la sede administrativa, para trabajar con los municipios	Formato de manejo para cada municipio	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los PIC, mediante formato de verificación de evidencias y cumplimiento	Se hace adherencia a través del formato y de los informes	33%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Se realiza la evaluación en los informes	33%
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Mensualmente se envía certificación a Dirección del Hospital, donde se relacionan los traslados realizados, se verifica que estén facturados y se hace comparación con RIPS radicados. Se realiza comité de Referencia y Contrarreferencia, se hace mensualmente se hace análisis y socialización a coordinadores del área de las áreas. Igualmente, el Jefe de Contrarreferencia, creo un link por Google forms, donde los auxiliares de referencia, deben diligenciar inmediatamente se presenta la remisión, para mejorar control de traslados a otros centros de salud.	Se evidencia certificación primer cuatrimestre del 2024 y Excel con cruce de traslados de pacientes	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con autorización de la UAESA de uso del emblema de misión medico, para el parque automotor del HSFF, con fecha del 06/02/2024	Se cuenta con autorización de la UAESA de uso del emblema de misión medico, para el parque automotor del HSFF, con fecha del 06/06/2024	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se mide por medio de un formato estadístico del hospital	Se evidencia en: PcSaludPublica: escritorio/Documentosjefelvan/Inf ormes	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se diligencia en Formato: RYC-FO-001 Referencia y Contrarreferencia Bitácora.	Se evidencia de certificación de diligenciamiento de bitacores, durante el primer cuatrimestre, se archivan en medio magnetico.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrarreferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se cuenta con formato de referencia y contrarreferencia - Bitácora, versión 8, formato soporte de combustible, hospedaje y alimentación. Los conductores diligencian formato de seguimiento de combustible y formato de control de mantenimientos de ambulancia	Se evidencia formatos diligenciados.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se cuenta con GES-FO-010 Registro consumo de combustible, en el cual se hace seguimiento mensual y se hace de manera interna un registro en Excel donde se hace el comparativo mensual.	Se cuenta con GES-FO-010 Registro consumo de combustible, en el cual se hace seguimiento mensual y se hace de manera interna un registro en Excel donde se hace el comparativo mensual.	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	Para que el paciente reciba su medicamentos y dispositivos médicos: se recibe prefectura de preconsulta. Se soporta para el consumo de estos. Igualmente se verifica y registra oportunamente en el software para su correcto seguimiento.	Ordenes de Consulta externa: se verifica en el software y se solicita prefectura. Se archivan en oficina de Farmacia. Se compara con información de historia clínica y se da la salida del software	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNOVIGILANCIA, se maneja de la sede central. Con respecto a FARMACOVIGILANCIA, se maneja con software VIGIFLOW, se reportan eventos y reacciones adversas leves de medicamentos. Se aplica farmacovigilancia activa y pasiva. Capacitaciones a funcionarios y Usuarios.	De Farmacovigilancia: Activa, se cuenta con registro en planillas de farmacovigilancia en usuarios de planificación familiar y con pacientes tercer edad. Pasiva: se presenta esporádicamente cuando hay eventos adversos. Los reportes se tienen de forma digital, soporte arrojados por vigiflow. Igualmente se cuenta con soportes de capacitaciones a los usuarios y personales de la institución, reposan en carpeta física, oficina de farmacia.	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Ultimo inventario físico aleatorio en febrero 2024. El software no se ha podido realizar, la mayoría de medicamentos y dispositivos ingresados desde sede administrativa no concuerdan con lo real y físico.	A febrero de 2024 se evidencia con el software salud 360	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se tienen semaforizados en físicos en la sección de cuarentena que permite identificar medicamentos y dispositivos médicos a vencer. Se realiza semaforización mensual de medicamentos y dispositivos médicos. Se realiza acta de baja a los medicamentos y dispositivos médicos vencidos. Se realiza acta de estos próximos a vencer. Las dos actas se envían de soporte a la sede administrativa.	Ultima rotación de inventarios nov/24	33%
				100%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

4.2.5 HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Arauquita, teniendo un resultado en el monitoreo del **100%**, Durante el primer cuatrimestre año 2024, cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente y por cada EAPB	Contratación personal para cumplir objetos contractuales	Se ha realizado la contratación de acuerdo a la necesidad del hospital en este primer cuatrimestre de la vigencia 2024	Certificación por parte del líder de Talento Humano en la no continuidad de sus labores	33%
	Realizar cruce de la información de RIPS, registros diarios y variables de 4505 (22) de forma quincenal	Se realiza revisión de RIPS de manera oportuna con el fin de que todo este facturado correctamente con los códigos correspondiente y que este ingresado a la 202 y que se este cumpliendo la metas.	Se hace de manera quincenal. En formato PYP-FO-134 verificación de cumplimiento semanal de indicadores.	33%
	Seguimiento de RIPS de forma permanente	Se hace de acuerdo a la contratación y matriz con la Res. 3280. Se realiza formato de verificación semanal en conjunto PYM. En el software nuevo se trabaja por sabanas de citas por actividad semanalmente.	Se visualiza que cada equipo computo en escritorio se encuentra la carpetas con las guías y protocolos realizando socialización de cada uno con su respectiva adherencia	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Se comparte desde el servidor que se encuentra en PyM, se encuentra compartida en carpeta con las guías y protocolos de atención. Cada pc de las áreas se cuenta con carpetas completas	Se visualiza que cada equipo computo en escritorio se encuentra la carpetas con las guías y protocolos realizando socialización de cada uno con su respectiva adherencia	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se realiza socialización de las guías y protocolo a los funcionarios, en temas como: Res. 3280 la ruta materno perinatal, interrupción voluntaria del embarazo, ruta cardiovascular, ciclo vejez	Se encuentra en medio magnético realizado por Google forms.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE	Se cuenta con adherencia realizadas. Con un promedio de 64% participantes del total del HSLA	Se encuentran en Google forms, se descargan y se guardan las evidencias.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se cuenta con Guía Manejo de la Hemorragia obstétrica Se cuenta con modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud del Minsalud.	Se evidencia en Pc de Jefe de Urgencias: Disco D: con Guía Manejo de la Hemorragia obstétrica- correo electrónico.	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 3100 de 2019	Durante este el primer cuatrimestre se han realizado capacitaciones a personal protocolo de atención de urgencias, , guía de aspiración de secreciones, protocolo de signos vitales, socialización binomio madre e hijo.	Se evidencia carpeta en físico con evidencia de socializaciones	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google forms	Se cuenta con adherencia en Google forms	Se cuenta con evidencia en Google forms, en febrero 2024	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Por la Res. 256 en la cual se maneja una agenda de cita y su oportunidad va de un 1 día.	Se evidencia en digital en el PC de estadística, Mis documentos: informes 2024. Se entregan antes de los cinco (5) primeros días del mes, a sistemas de información de la sede central.	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se realizan Comités de manera mensual, (comité de SIAU, Seguridad del Paciente, Infecciones Intrahospitalarias, historias clínicas, PYM, farmacia, siviola, referencia y Contrarreferencia, facturación) donde cada líder de proceso socializa todo lo relacionado con su proceso.	Se encuentran en medio físico y digital, cada proceso tiene su acta.	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2024	Se cuenta con cronograma de socializaciones de comité de vigilancia epidemiológica y Protocolos 2024	Se evidencia cronogramas actualizados en medio magnético PC/D:vigilancia2024/programaciones.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	Se cuenta con adherencia en medio magnético en conjunto con el jefe de urgencias de la institución	Se evidencia socializaciones y actas de los meses enero, febrero, marzo 2024.	33%
incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Se cuenta con cronograma para la evaluación de adherencia de los manuales del proceso.	Se evidencia cronograma en medio magnético	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	Socializaciones de: Manual de bioseguridad y Manual de uso y reusó de material de laboratorio Manual de manejo de residuos en el laboratorio clínico y manual de limpieza y desinfección en el área de laboratorio clínico y de Manual de transporte, en el área de laboratorio clínico”	Se evidencia socializaciones de temas y evaluaciones de adherencia.	33%
	Plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se realizó capacitaciones según cronograma de capacitaciones.	Ultima capacitación febrero 2024	33%
	Plan de trabajo para evaluar al personal	Se cuenta con cronograma para la evaluación de adherencia de los manuales del proceso.	Se evidencia cronograma en medio magnético	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se encuentra la última versión 5 de febrero de 2024	Se tiene el manual actualizado en digital en PC de farmacia, D: mis documentos/manual de farmacovigilancia	33%
incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Socializar el proceso documentado	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizó las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizó las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo	33%
Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
	Socialización del formato aprobado	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Evidencia acta de comité	33%
	Evaluación de la adherencia	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el PC/ carpeta salud pública/ Evidencia acta de comité.	33%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Elaborar procedimiento de los PIC	Se cuenta con procedimiento desde la sede administrativo, para trabajar con los municipios	Se cuenta con Formato de manejo.	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso Evaluación de la adherencia	Se adherencia en cada uno de los PIC, mediante formato de verificación de evidencias y cumplimiento, Se evalúa la adherencia	Se hace adherencia a través del formato y de los informes, Se realiza la evaluación en los informes	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Mensualmente se envía certificación a la Dirección donde se relacionan los traslados realizados, se verifica que estén facturados y se hace comparación con RIPS radicados. Se realiza comité de Referencia y Contrarreferencia, se hace mensualmente se hace análisis y socialización a coordinadores del área de las áreas.	Se evidencia certificación del I cuatrimestre 2024	33%
	Autorización de emblemas (Misión Médica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con autorización de la UAESA de uso del emblema de misión médica, para el parque automotor del HSLA.	Se cuenta con autorización de la UAESA de uso del emblema de misión médica.	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se mide por medio de un formato estadístico del hospital	Se evidencia en: Pc: Salud Publica: escritorio/Documentosjefvelvan /Informes	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se diligencia en Formato: RYC-FO-001 Referencia y Contrarreferencia Bitácora.	Se evidencia de certificación de diligenciamiento de bitácoras, durante el I cuatrimestre, se archivan en medio magnético.	33%
	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrarreferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se cuenta con formato de referencia y contrarreferencia - Bitácora, versión 8, formato soporte de combustible, hospedaje y alimentación. Los conductores diligencian formato de seguimiento de combustible y formato de control de mantenimientos de ambulancia	Se evidencian formatos diligenciados.	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se cuenta con GES-FO-010 Registro consumo de combustible, en el cual se hace seguimiento mensual.	Se Realiza de manera interna un registro en Excel donde se hace el comparativo mensual.	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNNOVIGILANCIA, se maneja de la sede central. Con respecto a FARMACOVIGILANCIA, se maneja con software VIGIFLOW, se reportan eventos y reacciones adversas leves de medicamentos. Se aplica farmacovigilancia activa y pasiva. Capacitaciones a funcionarios y Usuarios.	Los reportes se tienen de forma digital, soportes arrojados por vigiflow. Igualmente se cuenta con soportes de capacitaciones a los usuarios y personales de la institución, reposan en carpeta física, oficina de farmacia.	33%

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Ultimo inventario físico aleatorio en febrero 2024. El software no se ha podido realizar, la mayoría de medicamentos y dispositivos ingresados desde sede administrativa no concuerdan con lo real y físico.	A febrero de 2024 se evidencia con el software salud 360	33%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se tienen semaforizados en físicos en la sección de cuarentena que permite identificar medicamentos y dispositivos médicos. Se realiza acta de baja a los medicamentos y dispositivos médicos vencidos. Y próximos a vencer. Las dos actas se envían de soporte a la sede administrativa.	Ultima rotación de inventarios por medio de software 360 mes a mes	33%
				100%

4.2.7 HOSPITAL SAN JOSÉ DE CRAVO NORTE

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Cravo Norte, teniendo un resultado en el monitoreo del **100%**, Durante el primer cuatrimestre año 2024, cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Oficio emitido por los directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	Durante el primer cuatrimestre 2024, no hubieron cambios de personal.	No se presentan evidencias, porque no ha ocurrido la acción.	33%
	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	Se cuenta con la certificación de las actividades extramurales realizadas y firmadas por la directora, donde se contextualizan las acciones realizado jornada extramural.	Se cuenta con la evidencia en medio físico medio magnético.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	Para el primer cuatrimestre no se ha tenido fallas en el software 360.	Pantallazo de la plataforma 360	33%
Disminución de la morbilidad materna y perinatal	Rips de Facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	Cuenta con formato de la demanda inducida se realiza mensual y se va alimentando diariamente, corte de gestantes, formato de insistentes donde se realiza seguimiento cada 15 días.	Acta de verificación semanal PyM - formato establecido por la ESE PYP - FO-134	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 cuenta con un cronograma para las brigadas y demandas inducidas para extramural.	Cronograma de informe mensual hasta envió a correo institucional líder de área de sede central.	33%
	Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	Mediante la realización de consultas externas, se cuenta con una articulación con el área de urgencias , laboratorio notifica diariamente las pruebas rápidas positivas de embarazo y en las cohorte se evidencia las fechas de ingreso.	Se cuenta con base de datos de los gestantes de: Nueva EPS, Sanitas, Foscal, Capresoca, UAESA. Se reciben aprox. Los 5 primeros días, y formato diligenciado.	33%
	Formato de seguimiento de gestantes insistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	Se realiza la llamada al paciente se coloca el motivo porque la paciente no asistió a la consulta, se le programa la nueva fecha de la atención y se le hace seguimiento con la demanda inducida.	Los oficios de reporte y correos electrónicos, Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electrónico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electrónicos a cada EPS. Cargue de demanda inducida en plataforma de EPS	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Publicar en la página de la entidad y por redes sociales estrategias de información y comunicación para la promoción de la salud materna	Se promocionan jornadas de pruebas rápidas de embarazo y entrega de métodos anticonceptivos, la semana andina, la semana rosa, mamografías,, jornadas de ginecología y demás.	Se comparte en grupos de WhatsApp y Facebook de funcionarios del hospital y en la página institucional y Facebook.	33%
Errores programáticos	Verificación con sistemas de información (Grupo WhatsApp)	Se tienen grupos de verificación interna de wasap para aplicación de biológicos, en pai web, se verifica el carné de vacuna de cada usuario, cuenta con una base de datos seguimiento a la cohorte.	Se cuenta con verificaciones en sigires de Nueva EPS y Sanita.	33%
	Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	Se cuenta con capacitaciones de lineamientos para el covid19, red de frio, plan ampliado de Inmunizaciones , protocolo de desinfección de refrigeradores y cajas térmicas, manual de vacunación	Actas , planilla de asistencias, adherencia en medio físico.	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se monitorea por el sistema l 360, se realiza cruce de manera mensual reporte triag.	Se envía la los correos de la sede principal los primeros días del mes donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos en la institución con una oportunidad de un día en asignación de la cita	33%
	Realizar seguimiento a la oportunidad de la atención .	Se lleva un formato en Excel donde se saca la diferencia se desarrolla semanal y el consolidado se hace mensual. La información es extraída del programa 360	Acta de comité los cuales se envían a cada líder de los proceso de la entidad.	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2023	Se cuenta con un cronograma de manera anual, protocolos para el servicio de urgencias, lavado de manos, nidificación del paciente, Manuales estetización, atención integral de urgencias, uso y re uso de dispositivos médicos.	En este trimestre se realizaron socializaciones de temas como: tosferina y hepatitis A, lepra y parotiditis, TB extrapulmonar y fiebre amarilla y violencia de género y sífilis gestacional.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google Forms en la red de la ESE.	A la fecha de seguimiento se cuenta con adherencia realizada.	Por dificultades de la conexión a internet y falta de equipos tecnológicos, se realiza en medio físico.	33%
Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente	Se cuenta con un cronograma, Se realizo socialización del manual de Procesos y Procedimientos de laboratorio 10 de octubre vigencia a 2023.	Se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual. Fotos firmas y evaluación	33%
	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico	Se socializo el manual de toma de muestras, manual de eventos adversos, manual de control de calidad interno y externo, manual de uso y re uso de materia de laboratorio, protocolo de lavado de mano.	Se evidencia en fotografías, firmas y evaluación en medio físico	33%
	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 del Desempeño en Química clínica y hematología.	Se realiza control de calidad interno de química, se participa en control de calidad externo de química, hematología en el informe de gestión.	Se evidencia en fotografías, firmas y evaluación en medio físico.	33%
Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiológica	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Socializar el proceso documentado	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Falla en la vigilancia epidemiológica.	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizó las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizó las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo	33%
	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública.	33%
Retraso en el proceso de referencia y contrarreferencia a hospital de mayor complejidad	Realizar seguimiento con formato a establecer en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	Se diligencia de manera físico en el libro de remisiones, diagnostico, nombre del auxiliar, fecha y hora de ingreso y de salida.	Se hace de manera física en el Libro físico de remisiones,	33%
	Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas el día un vehículo para traslados tanto municipal como intermunicipal constante	Certificados, la información es tomada del libro de remisiones que se diligencia para cada traslado	Libro físico de remisiones	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 contrarreferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se realiza seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral desde dirección del HSJC. Se actualizo formato de referencias en 2023	Se evidencia formato en Excel diligenciado con corte al mes de Diciembre	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	Se realiza la consulta de manera semanal en la página del invima, se descarga y se socializa, se verifica las alertas sanitarias, se lleva las evidencias emitidas por la ESE central, se realiza socialización si hay alguna alerta para la institución.	Se evidencia formato en Excel diligenciado con corte al mes de Diciembre	33%
	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato realizado para la Adquisición.	Se realiza el estudio de necesidades de manera mensual y es firmado por la subgerente de salud durante la vigencia 2024. Se realiza como tal formato estipulado por la ESE - G-FO-018	Se encuentra en cartelera informativa	33%
	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	Recepción técnica se encuentra en el sistema salud 360, se da recibido para ingresar al sistema de farmacia por parte de las auxiliares de cada hospital.	Correo que se envía mensualmente a la ESE RUTA/ escritorio/ vigencia 2024	33%
Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	Se cuenta con la actualización de manuales y protocolos y actualizados según los cambios de la normatividad vigente al 2023.	Se realizan las consultas de los traslados en línea por medio de 360	33%
	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	Se realizo la ampliación de adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con manual de farmacia, fármaco vigilancia, lasa, las capsulas informativas, proceso de Farmacia ,	Manuales en formato pdf Ruta/ escritorio/mapa de riesgos/ carpeta Manuales de farmacia	33%
Desvíos de recursos Económicos y físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se realiza inventarios de medicamentos y dispositivos médicos, se realiza según la necesidad por medio de salud 360	Planillas de asistencia, registro fotográfico. Adherencia, análisis, y se evidencia formulario en Google Forms.	33%
	Inventario semestral	Se realiza semaforización mensualmente para evitar se vence los medicamentos por cambio de rotación.	Salidas del reporte del sistema salud360, certificaciones firmada por la directora y jefe de servicio de urgencias y farmacia.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	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, el seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia con el fin de hacer rotación y evitar vencimiento de los mismos. Se actualiza manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio de 360.	se realiza por medio de 360 realizado por los auxiliares de farmacia	33%
Incumplimiento de la normatividad	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Se realiza el reporte de la resolución 202 de las EPS sanitas y nueve EPS dentro de los cinco primeros días de cada mes. Cargue de citologías, cargue de adicionales, cargue de mamografía, y cargue de crónicos. El corte de gestantes se realiza de manera semanal y se consolida al finalizar cada mes, la cual es enviada a la sede central los tres primeros días de cada mes.	se envía la los correos de la sede principal y se refleja en el informe de gestión	33%
	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	Se recibe dentro de los primeros 5 días de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es enviada a las EPS. Y el soporte del envío es enviado a Control Interno y PAI.	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportes del envío	33%
Baja disponibilidad de información al usuario	Capacitación a usuarios, funcionario s y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	Se realizo capacitación a los usuarios	Planilla de asistencia, pantallazos de la capacitación y presentación en diapositivas	33%
Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 días hábiles	Informe de gestión el cual es enviada a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico	33%

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos formatos; la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma PISIS.	Informe de gestión el cual es enviada a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico	33%
No confiabilidad de indicadores y datos estadísticos	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	La matriz de indicadores para la validación y consolidación de la información estadística se ha implementado del profesional de sistemas de información desde la sede principal de la entidad.	Formato de consolidación de indicadores de seguridad los cuales son enviados a las EPS. Correo electrónico con soporte de cargue	33%
Incumplimiento a la normatividad	Actualización y socialización del manual cuando sea oportuno	Se encuentra Manual de gestión y atención al usuario - SIAU	Manual de Gestión y Atención al usuario - SIAU - Versión 04	33%
	Documento (Manual) y socialización	El manual de SIAU, se encuentra actualizado y se encuentra cronograma para la socializado de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electrónico desde SIAU	33%
				100%

4.2.8 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Puerto Rondón, teniendo un resultado en el monitoreo del **98%**, Durante el primer cuatrimestre año 2024, cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Oficio emitido por los directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	Durante el primer cuatrimestre 2024, no hubo cambios de personal.	No se presentan evidencias, porque no ha ocurrido la acción.	33%
	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM	Se cuenta con la certificación de las actividades extramurales realizadas y	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00	33%

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

	donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	firmadas por la directora, donde se contextualizan las acciones en los meses de enero, febrero y marzo se realizó jornadas extramurales en las veredas.	Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	
	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	Para el primer cuatrimestre no se ha tenido fallas en el software 360.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Crear carpeta publica a través de la red dando a conocer todas las guías, manuales, protocolos institucionales	Se tienen en cada PC en el escritorio de cada proceso.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Socialización de las guías protocolos y normas institucionales	Se socializa según el cronograma de socializaciones anual.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE	Se han desarrollado evaluaciones según programa de adherencia en Google y en medio físico	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Baja adherencia de guías, protocolos y normas institucionales	Revisar y actualizar las guías prioritarias en maternidad en emergencias obstétricas	Se evidencia la guía de código rojo, se tienen manual de atención en sala de partos, protocolo de intervenciones intraparto y parto instrumental, protocolo guía de trabajo de parto.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Asegurar que todo el personal vinculado al servicio de urgencias, hospitalización y atención del parto, reciban inducción en las guías prioritarias de maternidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 de 2014.	Se realizo al cuerpo de auxiliares del proceso: temas como: emergencias obstétricas en emergencias obstétricas, principales emergencia obstétricas y otras relacionadas, tomadas en guías del MInSalud.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Evaluar la adherencia de guías de maternidad a través del programa Google forms	Se evidencia evaluación de las socializaciones, por medio de Google forms con su respectivo análisis.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se realiza a través de la agenda, se encuentra en 1.5 días la oportunidad de cita.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Realizar Comité de Gestión y desempeño institucional de forma trimestral para el seguimiento de la oportunidad de atención .	Se hace reunión los 10 primeros días de cada mes un macro comité de todos los procesos, Se realiza acta por procesos/comité mensual. Con PyM Se hace 2-3 veces al mes para hacer seguimiento de indicadores.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022	Existe cronograma para el 2024 con diferentes tipos capacitaciones.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	se realizan las evaluaciones en medio digital, a través de Google forme	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Incumplimiento de la norma	Diseñar cronograma para evaluación de adherencia a manuales de laboratorios.	Se tiene implementado un cronograma para las socialización de manuales de laboratorio al personal del área, planteado para el año 2022.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Adherencia de la documentación propuesta	Se realiza de manera física a la auxiliar de laboratorio	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	plan de trabajo para capacitaciones al personal	Se encuentra como anexo en el cronograma de trabajo	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	plan de trabajo para evaluar al personal	Se encuentra como anexo en el cronograma de trabajo	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de Farmacias	Se recibió ultima actualización del 25/11/2022	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Incumplimiento de la norma	Actualizar y evaluar adherencia al Manual de salud Publica	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Socializar el proceso documentado	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo. Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Evaluar la adherencia del proceso	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizó las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Una vez actualizado y socializado el Manual se realizó las evaluaciones de adherencia en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo. Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Silencio Epidemiológico.	Elaborar de Formato seguimiento de reporte del Proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública. Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Socialización del formato aprobado	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el el PC/ carpeta salud pública. Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Evidencia acta de comité Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Evaluación de la adherencia	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Se cuenta con formato el PC/ carpeta salud pública/ Evidencia acta de comité.	33%
Incumplimiento en las metas establecidas del proceso	Adherencia del formato de control de reportes del proceso	Se adherencia en cada uno de los PIC, mediante formato de verificación de evidencias y cumplimiento	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Elaborar procedimiento de los PIC	Se cuenta con procedimiento desde la sede administrativa, para trabajar con los municipios	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Evaluación de la adherencia	Se evalúa la adherencia	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Desvió de recursos financieros e Incumplimiento de la Norma.	Realizar cruce trimestral de los traslados realizados según bitácoras vs los traslados facturados según RIPS radicados.	Mensualmente se reúnen jefe de referencia y coordinadora de facturación para realizar este cruce de bitácoras y facturación.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Autorización de emblemas (Misión Medica) del parque automotor al 100%	Se cuenta con el parque automotor autorizado con el emblema.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Monitorear y medir la oportunidad de respuesta en el proceso de traslado asistencial de forma trimestral.	Se mide por el tiempo de remisión, aproximadamente entre 30 y 40 minutos. Se reúne el comité de referencia, se hace mensualmente y se realiza el análisis y se hace acta.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Diligenciamiento correcto y completo de las bitácoras establecidas para los traslados asistenciales.	Se realizan las bitácoras y el jefe de referencia realiza verificación de esta.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%

Comprometidos con el bienestar de nuestra gente

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrarreferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se cuenta con formatos actualizados de control de combustible y control de mantenimiento. Versión 8.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
	Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	Se hace de manera mensual, obteniendo la información a diario comparado con datos recibidos de la estación de servicio autorizada, se relaciona esta información en el informe de referencia y informe de gestión. Se hace comparativos con los vales, planilla de seguimiento y relación de gasto de combustible.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Entrega Incompleta en el tratamiento Terapéutico de los pacientes atendidos	Realizar distribución oportuna y adecuada de medicamentos y dispositivos médicos, Según solicitud de Necesidades.	A los pacientes se les entrega sobre prefacturación y luego pasa a farmacia por el medicamento. Factura para evento y pre-factura para cápita.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Inadecuada aplicación de la Normatividad que aplica al Sub proceso de Farmacia.	Realizar seguimiento al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.	El programa de TECNOVIGILANCIA, se maneja de la sede central, se recepciona lo que la Regente envía. Con respecto a FARMACOVIGILANCIA, se maneja con software VIGIFLOW, se reportan eventos y reacciones adversas leves de medicamentos y los posteriores de vacunación. Se hace farmacovigilancia activa y pasiva.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
Desvíos de recursos físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	se cuenta con inventarios reales a 31 de diciembre 2023 y también se realiza por medio del software 360	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	20%
	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	Se tienen semaforizados en físicos, los medicamentos y dispositivos médicos a vencer, se tratan de rotar, en comités se evidencia la necesidad de rotar.	Ruta: https://drive.google.com/drive/folders/10jPDYYKaje00Hzbh4Y8FrqtlAkZJVK9a	33%
				100%

4.1.9 HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Arauquita, Centro Poblado de la Esmeralda, teniendo un resultado en el monitoreo del **100%**,

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Durante el primer cuatrimestre año 2024, cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Oficio emitido por los directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	Durante el primer cuatrimestre 2024, no hubo cambios de personal.	No se presentan evidencias, porque no ha ocurrido la acción.	33%
	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	Se cuenta con la certificación de las actividades extramurales realizadas y firmadas por la directora, donde se contextualizan las acciones en los meses de enero, febrero y marzo se realizó jornadas extramurales en las veredas.	Se cuenta con la evidencia en medio físico medio magnético.	33%
	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	Para el primer cuatrimestre no se ha tenido fallas en el software 360.	Pantallazo de la plataforma 360	33%
Disminución de la morbimortalidad materna y perinatal	Rips de facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	Cuenta con formato de la demanda inducida se realiza mensual y se va alimentando diariamente, corte de gestantes, formato de inexistentes donde se realiza seguimiento cada 15 días con cruce de información.	Acta de verificación semanal PyM - formato establecido por la ESE PYP - FO-134	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 cuenta con un cronograma para las brigadas y demandas inducidas para extramural.	Cronograma de informe mensual hasta 31 de diciembre 2024. envió a correo institucional líder de área de sede central.	33%
	Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	Mediante la realización de consultas externas, se cuenta con una articulación con el área de urgencias, laboratorio notifica diariamente las pruebas rápidas positivas de embarazo y en las cohorte se evidencia las fechas de ingreso.	Se cuenta con base de datos de las gestantes de: Nueva EPS, Sanitas, Foscal, Capresoca, UAESA. Se reciben aprox. Los 5 primeros días, y formato diligenciado.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Formato de seguimiento de gestantes inexistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	Se realiza la llamada al paciente se coloca el motivo porque la paciente no asistió a la consulta, se le programa la nueva fecha de la atención y se le hace seguimiento con la demanda inducida.	Los oficios de reporte y correo electrónicos, Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electrónico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electrónicos a cada EPS. Cargue de demanda inducida en plataforma de EPS	33%
	Publicar en la página de la entidad y por redes sociales estrategias de información y comunicación para la promoción de la salud materna	Se promocionan jornadas de pruebas rápidas de embarazo y entrega de métodos anticonceptivos, la semana andina, la semana rosa, mamografías, jornadas de ginecología y demás.	Se comparte en grupos de WhatsApp y Facebook de funcionarios del hospital y en la página institucional y Facebook.	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se monitorea por el sistema I 360, se realiza cruce de manera mensual reporte triag.	Se envía a los correos de la sede principal (256) los primeros días del mes la resolución 1552 en donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos en la institución con una oportunidad de un día en asignación de la cita	33%
	Realizar seguimiento a la oportunidad de la atención .	Se lleva un formato en Excel donde se saca la diferencia se desarrolla semanal y el consolidado se hace mensual. La información es extraída del software 360	Acta de comité los cuales se envían a cada líder de los proceso de la entidad.	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2024	Se cuenta con un cronograma de manera anual, protocolos para el servicio de urgencias, lavado de manos, identificación del paciente, perdida del paciente, recibo y entrega de turno, limpieza de heridas, inmovilización de pacientes, transporte de paciente. Manuales esterilización, atención integral de urgencias, uso y re uso de dispositivos médicos.	En este cuatrimestre se realizaron socializaciones de temas como: tosferina y hepatitis A, lepra y parotiditis, tb extrapulmonal y fiebre amarilla y violencia de género y sífilis gestacional.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	A la fecha de seguimiento se cuenta con adherencia realizada.	Por dificultades de la conexión a internet y falta de equipos tecnológicos, se realiza en medio físico.	33%
Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente	Se cuenta con un cronograma y Se socializa el manual de Procesos y Procedimientos de laboratorio	Se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual. Fotos firmas y evaluación	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

de Laboratorio	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico	Se socializo el manual de toma de muestras, manual de eventos adversos, manual de control de calidad interno y externo, manual de uso y re uso de materia de laboratorio, protocolo de lavado de mano.	Se evidencia en fotografías, firmas y evaluación en medio físico	33%
	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 del Desempeño en Química clínica y hematología.	Se realiza control de calidad interno de química, se participa en control de calidad externo de química, hematología, se refleja en el informe de gestión	Se evidencia en fotografías, firmas y evaluación en medio físico	33%
Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiológica	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiológica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP en la red	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Correos enviados semanalmente a líder de salud pública en al sede principal.	33%
	Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Correos enviados semanalmente a líder de salud pública en la sede principal.	33%
Retraso en el proceso de referencia y contrarreferencia a hospital de mayor complejidad	Realizar seguimiento con formato a establecer en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Libro físico de remisiones	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

	traslado del paciente			
	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 realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Libro físico de remisiones	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 contrarreferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se realiza seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral desde dirección del HSLA. Se actualizo formato de referencias en 2023	Se evidencia formato en Excel diligenciado con corte al mes de marzo 2024	33%
Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Médicos	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	Se realiza la consulta de manera semanal en la página del Invima, se descarga y se socializa, se verifica las alertas sanitarias, se lleva las evidencias emitidas por la ESE central, se realiza socialización si hay alguna alerta para la institución.	Se evidencia formato en Excel diligenciado con corte al mes de marzo 2024	33%
	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato realizado para la Adquisición.	Se realiza el estudio de necesidades de manera mensual y es firmado por la subgerente de salud durante la vigencia 2023. Se realiza como tal formato estipulado por la ESE - G-FO-018	Se proyecta por TV, y cartelera informativa	33%
	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	Recepción técnica se encuentra en el sistema salud software 360, se da recibido para ingresar al sistema de farmacia por parte de la auxiliar del hospital.	Correo que se envía mensualmente a la ESE RUTA/ escritorio/ vigencia 2024 carpeta solicitudes y necesidades 2024	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	Se cuenta con la actualización de manuales y protocolos y actualizados según los cambios de la normatividad vigente al 2023.	Se realizan las consultas de los traslados en línea por medio del software 360	33%
	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	Se realizó la aplicación de adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con manual de farmacia, fármaco vigilancia.	Manuales en formato pdf Ruta/ escritorio/mapa de riesgos/ carpeta Manuales de farmacia	33%
Desvios de recursos Económicos y físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se realiza inventarios de medicamentos y dispositivos médicos a corte 29 de marzo se realiza según la necesidad por medio de salud software 360	Planillas de asistencia, registro fotográfico. Adherencia, análisis, y se evidencia formulario en Google form.	33%
	Inventario semestral	Se realiza semaforización mensual para evitar se vence los medicamentos por cambio de rotación.	Salidas del reporte del sistema salud software 360 certificaciones firmadas por la directora y jefe de servicio de urgencias y farmacia.	33%
	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, el seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia con el fin de hacer rotación y evitar vencimiento de los mismos. Se actualiza manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio del software 360	En medio físico realizado por los auxiliares de farmacia	33%
Incumplimiento de la normatividad	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Se realiza el reporte de la resolución 202 de las EPS sanitas y nueve EPS dentro de los CINCO primeros días de cada mes. Cargue de citologías, cargue de mamografía y cargue de crónicos. El corte de gestantes se realiza de manera semanal y se consolida al finalizar cada mes. también se diligencia la planilla 2175, la cual es enviada a la sede central los tres primeros días de cada mes.	Se realiza por medio de software 360 próximos a vencer, el seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	33%
	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	Se recibe dentro de los primeros 5 días de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056,		33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

		posteriormente la información es renviada a las EPS. Y el soporte del envío es enviado a Control Interno y PAI.		
Baja disponibilidad de información al usuario	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	Se realizó capacitación a todos los centros de salud	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soporte del envío	33%
Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 días hábiles	Planilla de asistencia, pantallazos de la capacitación y presentación en diapositivas.	33%
Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos formatos; la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma PISIS.	Informe de gestión el cual es enviada a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico	33%
Incumplimiento a la normatividad	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	Se encuentra Manual de gestión y atención al usuario - SIAU Se actualizó datos de sedes y centros de salud, pasos para colocar una PQRS e inclusión del nuevo call center"	Diapositivas en power Paint, acta de reunión No. 04/2024 Manual de Gestión y Atención al usuario - SIAU- Versión 04	33%
	Documento (Manual) y socialización	El manual de SIAU, se encuentra actualizado y se encuentra cronograma para la socializado con todos los líderes de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electrónico desde SIAU	33%
				100%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

4.2.9 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Puerto Jordán, teniendo un resultado en el monitoreo del **69%**, Durante el primer cuatrimestre año 2024, cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Oficio emitido por los directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	Durante el primer cuatrimestre 2024, no hubo cambios de personal.	No se presentan evidencias, porque no ha ocurrido la acción.	33%
	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	Se cuenta con la certificación de las actividades extramurales realizadas y firmadas por la directora, donde se contextualizan las acciones en los meses de enero, febrero y marzo se realizó jornadas extramurales en las veredas.	Se cuenta con la evidencia en medio físico medio magnético.	33%
	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	Para el primer cuatrimestre no se ha tenido fallas en el software 360.	Pantallazo de la plataforma software 360	33%
Disminución de la morbimortalidad materna y perinatal	Rips de facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	Cuenta con formato de la demanda inducida se realiza mensual y se va alimentando diariamente, corte de gestantes, formato de inexistentes donde se realiza seguimiento cada 15 días con cruce de información.	Acta de verificación semanal PyM - formato establecido por la ESE PYP - FO-134	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 cuenta con un cronograma para las brigadas y demandas inducidas para extramural.	Cronograma de informe mensual hasta 31 de diciembre 2024. envió a correo institucional líder de área de sede central.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	Mediante la realización de consultas externas, se cuenta con una articulación con el área de urgencias, laboratorio notifica diariamente las pruebas rápidas positivas de embarazo y en las coherse se evidencia las fechas de ingreso.	Se cuenta con base de datos de las gestantes de: Nueva EPS, Sanitas, Foscal, Capresoca, UAESA. Se reciben aprox. Los 5 primeros días, y formato diligenciado.	33%
	Formato de seguimiento de gestantes inexistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	Se realiza la llamada al paciente se coloca el motivo porque la paciente no asistió a la consulta, se le programa la nueva fecha de la atención y se le hace seguimiento con la demanda inducida.	Los oficios de reporte y correo electrónicos, Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electrónico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electrónicos a cada EPS. Cargue de demanda inducida en plataforma de EPS	33%
	Publicar en la página de la entidad y por redes sociales estrategias de información y comunicación para la promoción de la salud materna	Se promocionan jornadas de pruebas rápidas de embarazo y entrega de métodos anticonceptivos, la semana andina, la semana rosa, mamografías, jornadas de ginecología y demás.	Se comparte en grupos de WhatsApp y Facebook de funcionarios del hospital y en la página institucional y Facebook.	33%
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se monitorea por el software 360 se realiza cruce de manera mensual reporte triag.	Se envía la los correos de la sede principal (256) los primeros días del mes la resolución 1552 en donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos en la institución con una oportunidad de un día en asignación de la cita	33%
	Realizar seguimiento a la oportunidad de la atención .	Se lleva un formato en Excel donde se saca la diferencia se desarrolla semanal y el consolidado se hace mensual. La información es extraída del software 360	Acta de comité los cuales se envían a cada líder de los proceso de la entidad.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2024	Se cuenta con un cronograma de manera anual, protocolos para el servicio de urgencias, lavado de manos, identificación del paciente, pérdida del paciente, recibo y entrega de turno, limpieza de heridas, inmovilización de pacientes, transporte de paciente. Manuales esterilización, atención integral de urgencias, uso y re uso de dispositivos médicos.	En este cuatrimestre se realizaron socializaciones de temas como: tosferina y hepatitis A, lepra y parotiditis, tb extrapulmonar y fiebre amarilla y violencia de género y sífilis gestacional.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google forms en la red de la ESE.	A la fecha de seguimiento se cuenta con adherencia realizada.	Por dificultades de la conexión a internet y falta de equipos tecnológicos, se realiza en medio físico.	33%
Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente	Se cuenta con un cronograma y Se socializa el manual de Procesos y Procedimientos de laboratorio	Se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual. Fotos firmas y evaluación	33%
	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico	Se socializo el manual de toma de muestras, manual de eventos adversos, manual de control de calidad interno y externo, manual de uso y re uso de materia de laboratorio, protocolo de lavado de mano.	Se evidencia en fotografías, firmas y evaluación en medio físico	33%
	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 del Desempeño en Química clínica y hematología.	Se realiza control de calidad interno de química, se participa en control de calidad externo de química, hematología, se refleja en el informe de gestión	Se evidencia en fotografías, firmas y evaluación en medio físico	33%
Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiológica	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiológica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo	33%
FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP en la red	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Correos enviados semanalmente a líder de salud pública en al sede principal.	33%
	Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Correos enviados semanalmente a líder de salud pública en al sede principal.	33%
Retraso en el proceso de referencia y contrarreferencia a hospital de mayor complejidad	Realizar seguimiento con formato a establecer en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	Se diligencia de manera físico en el libro de remisiones, diagnostico, nombre del auxiliar, fecha y hora de ingreso y de salida.	Libro físico de remisiones	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	Certificados, la información es tomada del libro de remisiones que se diligencia para cada traslado	Libro físico de remisiones	33%
				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 contrarreferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se realiza seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral desde dirección del CSPJ. Se actualizo formato de referencias en 2023	Se evidencia formato en Excel diligenciado con corte al mes de marzo 2024	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Médicos	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	Se realiza la consulta de manera semanal en la página del Invima, se descarga y se socializa, se verifica las alertas sanitarias, se lleva las evidencias emitidas por la ESE central, se realiza socialización si hay alguna alerta para la institución.	Se evidencia formato en Excel diligenciado con corte al mes de marzo 2024	33%
	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato realizado para la Adquisición.	Se realiza el estudio de necesidades de manera mensual y es firmado por la subgerente de salud durante la vigencia 2023. Se realiza como tal formato estipulado por la ESE - G-FO-018	Se proyecta en cartelera informativa	33%
	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	Recepción técnica se encuentra en el sistema salud 360, se da recibido para ingresar al sistema de farmacia por parte de la auxiliar del hospital.	Correo que se envía mensualmente a la ESE RUTA/ escritorio/ vigencia 2024 carpeta solicitudes y necesidades 2024	33%
Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	Se cuenta con la actualización de manuales y protocolos y actualizados según los cambios de la normatividad vigente al 2023.	Se realizan las consultas de los traslados en línea por medio de sistema salud 360,	33%
	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	Se realizó la aplicación de adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con manual de farmacia, fármaco vigilancia.	Manuales en formato pdf Ruta/ escritorio/mapa de riesgos/ carpeta Manuales de farmacia	33%
Desvios de recursos Económicos y físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se realiza inventarios de medicamentos y dispositivos médicos a corte 29 de marzo se realiza según la necesidad por medio de salud 360	Planillas de asistencia, registro fotográfico. Adherencia, análisis, y se evidencia formulario en Google form.	33%
	Inventario semestral	Se realiza semaforización mensual para evitar se vence los medicamentos por cambio de rotación.	Salidas del reporte del sistema salud 360, certificaciones firmadas por la directora y jefe de servicio de urgencias y farmacia.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

	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, el seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia con el fin de hacer rotación y evitar vencimiento de los mismos. Se actualiza manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio del sistema salud 360,	En medio físico realizado por los auxiliares de farmacia	33%
Incumplimiento de la normatividad	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Se realiza el reporte de la resolución 202 de las EPS sanitas y nueve EPS dentro de los CINCO primeros días de cada mes. Cargue de citologías, cargue de mamografía, y cargue de crónicos. El corte de gestantes se realiza de manera semanal y se consolida al finalizar cada mes. también se diligencia la planilla 2175, la cual es enviada a la sede central los tres primeros días de cada mes.	Se realiza por medio del sistema salud 360, próximos a vencer, el seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	33%
	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	Se recibe dentro de los primeros 5 días de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es enviada a las EPS. Y el soporte del envío es enviado a Control Interno y PAI.		33%
Baja disponibilidad de información al usuario	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	Se realizo capacitación a todos los centros de salud	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soporte del envío	33%
Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 días hábiles	Planilla de asistencia, pantallazos de la capacitación y presentación en diapositivas.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos formatos; la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma PISIS.	Informe de gestión el cual es enviada a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico	33%
Incumplimiento a la normatividad	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	Se encuentra Manual de gestión y atención al usuario - SIAU Se actualizó datos de sedes y centros de salud, pasos para colocar una PQRS e inclusión del nuevo call center"	Diapositivas en power Paint, acta de reunión No. 04/2024 Manual de Gestión y Atención al usuario - SIAU- Versión 04	33%
	Documento (Manual) y socialización	El manual de SIAU, se encuentra actualizado y se encuentra cronograma para la socializado con todos los líderes de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electrónico desde SIAU sede administrativa. En cada hospital y centro de salud de la entidad. Los líderes SIAU, cuentan con la actualización de ésta importante herramienta.	33%
				100%

4.2.10 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Panamá, teniendo un resultado en el monitoreo del **100%**, Durante el primer cuatrimestre año 2024, cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Oficio emitido por los directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	Durante el primer cuatrimestre 2024, no hubo cambios de personal.	No se presentan evidencias, porque no ha ocurrido la acción.	33%
	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice	Se cuenta con la certificación de las actividades extramurales realizadas	Se cuenta con la evidencia en medio físico medio magnético.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

	que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	y firmadas por la directora, donde se contextualizan las acciones en los meses de enero, febrero y marzo se realizó jornadas extramurales en las veredas.		
	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	Para el primer cuatrimestre no se ha tenido fallas en el sistema salud 360,.	Pantallazo de la plataforma sistema salud 360,	33%
Disminución de la morbilidad materna y perinatal	Rips de facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	Cuenta con formato de la demanda inducida se realiza mensual y se va alimentando diariamente, corte de gestantes, formato de inexistentes donde se realiza seguimiento cada 15 días con cruce de información.	Acta de verificación semanal PyM - formato establecido por la ESE PYP - FO-134	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 cuenta con un cronograma para las brigadas y demandas inducidas para extramural.	Cronograma de informe mensual hasta 31 de diciembre 2024. envió a correo institucional líder de área de sede central.	33%
	Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	Mediante la realización de consultas externas, se cuenta con una articulación con el área de urgencias, laboratorio notifica diariamente las pruebas rápidas positivas de embarazo y en las coherse se evidencia las fechas de ingreso.	Se cuenta con base de datos de las gestantes de: Nueva EPS, Sanitas, Foscal, Capresoca, UAESA. Se reciben aprox. Los 5 primeros días, y formato diligenciado.	33%
	Formato de seguimiento de gestantes inexistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	Se realiza la llamada al paciente se coloca el motivo porque la paciente no asistió a la consulta, se le programa la nueva fecha de la atención y se le hace seguimiento con la demanda inducida.	Los oficios de reporte y correo electrónicos, Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electrónico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electrónicos a cada EPS. Cargue de demanda inducida en plataforma de EPS	33%
	Publicar en la página de la entidad y por redes sociales estrategias de información y comunicación para la promoción de la salud materna	Se promocionan jornadas de pruebas rápidas de embarazo y entrega de métodos anticonceptivos, la semana andina, la semana rosa, mamografías, jornadas de ginecología y	Se comparte en grupos de WhatsApp y Facebook de funcionarios del hospital y en la página institucional y Facebook.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

		demás.		
Inoportunidad de la atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	Se monitorea por el sistema salud 360, se realiza cruce de manera mensual reporte triag.	Se envía la los correos de la sede principal (256) los primeros días del mes la resolución 1552 en donde se refleja la cantidad de usuarios atendidos en la institución con una oportunidad de un día en asignación de la cita	33%
	Realizar seguimiento a la oportunidad de la atención .	Se lleva un formato en Excel donde se saca la diferencia se desarrolla semanal y el consolidado se hace mensual. La información es extraída del sistema salud 360,	Acta de comité los cuales se envían a cada líder de los proceso de la entidad.	33%
Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2024	Se cuenta con un cronograma de manera anual, protocolos para el servicio de urgencias, lavado de manos, identificación del paciente, perdida del paciente, recibo y entrega de turno, limpieza de heridas, inmovilización de pacientes, transporte de paciente. Manuales esterilización, atención integral de urgencias, uso y re uso de dispositivos médicos.	En este cuatrimestre se realizaron socializaciones de temas como: tosferina y hepatitis A, lepra y parotiditis, tb extrapulmonal y fiebre amarilla y violencia de género y sífilis gestacional.	33%
	Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por Google Forms en la red de la ESE.	A la fecha de seguimiento se cuenta con adherencia realizada.	Por dificultades de la conexión a internet y falta de equipos tecnológicos, se realiza en medio físico.	33%
Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente	Se cuenta con un cronograma y Se socializa el manual de Procesos y Procedimientos de laboratorio	Se realizan capacitaciones al personal con su respectiva adherencia manual. Fotos firmas y evaluación	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

de Laboratorio	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico	Se socializo el manual de toma de muestras, manual de eventos adversos, manual de control de calidad interno y externo, manual de uso y re uso de materia de laboratorio, protocolo de lavado de mano.	Se evidencia en fotografías, firmas y evaluación en medio físico	33%
	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 del Desempeño en Química clínica y hematología.	Se realiza control de calidad interno de química, se participa en control de calidad externo de química, hematología, se refleja en el informe de gestión	Se evidencia en fotografías, firmas y evaluación en medio físico	33%
Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiológica	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiológica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	Se encuentra actualizado con fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
	Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	fecha del 30 de enero 2024 y se socializa el 31 de enero a todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	33%
FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP en la red	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Correos enviados semanalmente a lider de salud publica en al sede principal.	33%
	Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	Se realiza la socialización del formato en el comité de vigilancia cuenta con formato de seguimiento a la notificaciones semanales VEP-FO-021/ VERSION-001 - en la sede administrativa.	Correos enviados semanalmente a líder de salud pública en al sede principal.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Retraso en el proceso de referencia y contrarreferencia a hospital de mayor complejidad	Realizar seguimiento con formato a establecer en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	Se diligencia de manera físico en el libro de remisiones, diagnóstico, nombre del auxiliar, fecha y hora de ingreso y de salida.	Libro físico de remisiones	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	Certificados, la información es tomada del libro de remisiones que se diligencia para cada traslado	Libro físico de remisiones	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 contrarreferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	Se realiza seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral desde dirección del HSLA. Se actualizo formato de referencias en 2023	Se evidencia formato en Excel diligenciado con corte al mes de marzo 2024	33%
Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Médicos	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	Se realiza la consulta de manera semanal en la página del Invima, se descarga y se socializa, se verifica las alertas sanitarias, se lleva las evidencias emitidas por la ESE central, se realiza socialización si hay alguna alerta para la institución.	Se evidencia formato en Excel diligenciado con corte al mes de marzo 2024	33%
	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato realizado para la Adquisición.	Se realiza el estudio de necesidades de manera mensual y es firmado por la subgerente de salud durante la vigencia 2023. Se realiza como tal formato estipulado por la ESE - G-FO-018	Se proyecta por TV, y cartelera informativa	33%
	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	Recepción técnica se encuentra en el sistema salud 360, se da recibido para ingresar al sistema de farmacia por parte de la auxiliar del hospital.	Correo que se envía mensualmente a la ESE RUTA/ escritorio/ vigencia 2024 carpeta solicitudes y necesidades 2024	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	Se cuenta con la actualización de manuales y protocolos y actualizados según los cambios de la normatividad vigente al 2023.	Se realizan las consultas de los traslados en línea por medio de 360	33%
	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	Se realizo la aplicación de adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con manual de farmacia, fármaco vigilancia.	Manuales en formato pdf Ruta/ escritorio/mapa de riesgos/ carpeta Manuales de farmacia	33%
Desvíos de recursos Económicos y físicos	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	Se realiza inventarios de medicamentos y dispositivos médicos a corte 29 de marzo se realiza según la necesidad por medio de salud 360	Planillas de asistencia, registro fotográfico. Adherencia, análisis, y se evidencia formulario en Google form.	33%
	Inventario semestral	Se realiza semaforización mensualmente para evitar se vence los medicamentos por cambio de rotación.	Salidas del reporte del sistema salud360, certificaciones firmadas por la directora y jefe de servicio de urgencias y farmacia.	33%
	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, el seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia con el fin de hacer rotación y evitar vencimiento de los mismos. Se actualiza manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por sistema salud 360,	En medio físico realizado por los auxiliares de farmacia	33%
Incumplimiento de la normatividad	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Se realiza el reporte de la resolución 202 de las EPS sanitas y nueve EPS dentro de los CINCO primeros días de cada mes. Cargue de citologías, cargue de mamografía y cargue de crónicos. El corte de gestantes se realiza de manera semanal y se consolida al finalizar cada mes. también se diligencia la planilla 2175, la cual es enviada a la sede central los tres primeros días de cada mes.	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, el seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	33%
	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	Se recibe dentro de los primeros 5 días de cada mes en donde se		33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

		consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es renviada a las EPS. Y el soporte del envío es enviado a Control Interno y PAI.		
Baja disponibilidad de información al usuario	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	Se realizo capacitación a todos los centros de salud	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soporte del envío	33%
Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 días hábiles	Planilla de asistencia, pantallazos de la capacitación y presentación en diapositivas.	33%
Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos formatos; la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma PISIS.	Informe de gestión el cual es enviada a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico	33%
Incumplimiento a la normatividad	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	Se encuentra Manual de gestión y atención al usuario - SIAU Se actualizó datos de sedes y centros de salud, pasos para colocar una PQRS e inclusión del nuevo call center"	Diapositivas en power Paint, acta de reunión No. 04/2024 Manual de Gestión y Atención al usuario - SIAU- Versión 04	33%
	Documento (Manual) y socialización	El manual de SIAU, se encuentra actualizado y se encuentra cronograma para la socializado con todos los líderes de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electrónico desde SIAU	33%
				100%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

4.3 PROCESOS DE APOYO

4.3.1 PRESUPUESTO.

Este proceso, que es parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un resultado del **100%**, como se evidencia en el cuadro a continuación:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: 05 Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento de la Norma por desconocimiento de la misma	Actualización del normograma	Esta actualizado, no se encuentran actualizaciones para realizar en el primer cuatrimestre 2024	Se evidencia en: Equipo presupuesto, Disco local, Presupuesto, Retención documental	33%
Desactualización de procedimientos del proceso presupuestal	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se realizó actualización de caracterización del proceso como el formato de indicadores en el mes noviembre 2024	Se evidencia C/presupuesto/retenciondocumental/año2024/presupuesto2024	33%
Desconocimiento del manejo del software	Documentar los procedimientos necesarios del área	Se cuenta con la instructiva versión 2-2017	Se evidencia C/presupuesto/retenciondocumental/presupuesto2024	33%
	Realizar Adherencia de los procedimientos documentados	Se realizó adherencia en el mes de diciembre 2024 para nueva funcionaria del área.	En medio magnetico:disco local C: presupuesto/retenciondocumental/2024	33%
Afectar rubros de forma incorrecta del gasto en beneficio de un tercero	Realizar Adherencia de los procedimientos documentados	Se revisan los rubros con la Resolución 1355 de 2020, anexo 1 y 2, versión 3 y una herramienta del DANE.	Se hace verificación con el SISTEMA DE CLASIFICACIÓN del DANE y con la Resolución 1355 de 2020, anexo 1 y 2, versión 3.	33%
				100%

4.3.2 CONTABILIDAD.

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Desarticulación en los procesos que intervienen en la depuración	Actualización del procedimiento de saneamiento contable	Se tiene el manual actualizado GTC-MA-001 Versión 2.	Se encuentra de manera digital y su última actualización del 28 de abril del 2021, actualmente no se observan hallazgos	33%

Comprometidos con el bienestar de nuestra gente

			para realizar nuevamente actualización	
Falta de revisión en el balance por terceros	Diseño de controles eficiente y eficaz	Se hace de acuerdo al manual de políticas contables, se realiza anualmente las amortizaciones, en este tiempo solo se están manejando las de licencias antivirus, la última vez que se realizó la licencia fue en abril del 2022	El manual de Políticas Contables se tiene en físico, por el líder de contabilidad, de igual forma se tiene actualizado la resolución 414 sobre empresas que no captan valores ni recursos públicos.	33%
Falta de envío de acta por parte de almacén para el registro	Adherencia de los controles diseñados	Hay controles diseñados para conciliar por medio de actas con almacén.	Se encuentran en el manual contable.	33%
Ausencia de registro en el sistema	Adherencia de los procedimientos de gestión contable	Las depreciaciones se hacen anualmente.	Se encuentran en el programa contable.	33%
Valores conciliados erróneos	Actualización del procedimiento de conciliación	Se encuentra actualizado	Resolución 031 de 2021, se encuentra en físico en la oficina de contabilidad.	33%
	Adherencia de la documentación actualizada	Se encuentra actualizado	Se encuentran en el programa contable.	33%
Incertidumbre financiera	Depurar y realizar saneamiento contable de los saldos de Cartera, Facturación y Presupuesto por ventas de servicios de salud.	Se realizan trimestralmente.	Se encuentran en el programa contable.	33%
	Realizar ajustes contables a los pasivos por saldos negativos	Se realiza trimestralmente, se cruza con cartera, tesorería y facturación.	Se encuentran en el programa contable, software en dinámica	33%
				100%

4.3.3 CARTERA.

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Favorecimiento a Terceros por concepto de objeciones	Actualización de Normograma, y socialización del mismo en las diferentes sedes de la ESE	Se encuentra actualizado para vigencia 2024	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normatividad cartera y glosas; de igual forma se tiene en físico en la oficina de cartera.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

	Realizar socialización y seguimiento de las objeciones recibidas de las ERP a los diferentes Hospitales y centros de salud	A través de plataforma zoom capacitaciones, vía WhatsApp y visitas a los prestadores de servicio de la ESE.	Se tienen evidencias registros de asistencia, al municipio de Arauquita, Hospital san Antonio de Tame, Fortul y Pampuri.	33%
Crecimiento en el monto y edad de cartera	Actas de conciliación de saldos de cartera	Se hacen las conciliaciones, se realizan cada trimestre	Se están utilizando actas de reunión con firma digital, pero reposan en físico. La última acta de conciliación	33%
	Socialización procedimiento cartera	se Realiza socialización	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normatividad cartera y glosas; de igual forma se tiene en físico en la oficina de cartera.	33%
Favorecimiento a Terceros por concepto de objeciones	Socialización equipo de trabajo a los procedimientos, políticas y formatos del proceso de cartera.	Actualmente no se han realizado procedimiento, políticas ya que no se han encontrado hallazgo para modificación	Esta en el PC de Cartera, Escritorio, Normatividad cartera y glosas; de igual forma se tiene en físico en la oficina de cartera.	33%
Ilíquidez para la ejecución presupuestal, incumplimiento de metas de recaudo	Requerimientos y respuesta oportuna a solicitudes realizadas	Se realizan cruces de saldos de cartera con las EPS que prestan el servicio durante el primer cuatrimestre del 2024	Se evidencia a través digital PC en el correo de cartera	33%
	Seguimiento a políticas, actualizaciones que permitan un mejoramiento en el recaudo	Se hacen los cruces de cartera, mesas de trabajo en base a circular 030, lo que se envía al ministerio, reunión mesa flujo de recursos. De igual forma se están enviando de manera mensual requerimientos de pago a cada una de las diferentes EPS	Seguimiento compromisos Envía acta de la reunión digital	33%
				100%

4.3.4 TESORERÍA

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Desvíos de recursos financieros a favor de un tercero	Diseñar formato de control de transferencias	Se cuenta con el formato establecido por cada banco.	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Misdocumentos/bancocajasocial/bancoagrario2024	33%
	Organizar y Realizar archivos para transferencia por Sede.	Se cuenta con el formato, se tiene por mes y por sede.	Se evidencia en equipo de tesorería PC Ruta: Misdocumentos/bancocajasocial/bancoagrario2024	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

	Realizar pagos por sede	Se cuenta con el formato, se tiene por mes y por sede archivado en medio magnético	Plan de Pagos/Registro de comprobantes de egresos/Extractos Bancarios	33%
Registrar de manera incompleta las Ventas	Seguimientos diarios a Movimientos de Bancos	Se lleva en el sistema el control desde el portal bancario en el PC, registrando movimientos en dinámica a través de recibos de caja.	Ruta: Se encuentran en los portales del banco y en dinámica.	33%
	Reporte Semanal al área de Cartera	Se envía al correo de cartera cuando hay ingresos por identificar o se hace de manera presencial junto con cartera	En el correo institucional de cartera y tesorería.	33%
	Registro en libros los ingresos dentro del mes correspondiente	Se realiza por medio de las notas bancarias o recibos de caja.	En el software dinámica gerencial, por consecutivo ascendente y se imprime inmediatamente.	33%
Cobro excesivo por gastos bancarios	Gestionar ante la entidad bancaria, la marcación de la cuenta como exenta de gravámenes	Solicitud ante la entidad financiera de los impuestos bancarios o gravámenes.	Solicitud ante la entidad financiera de los impuestos bancarios o gravámenes.	33%
Conciliaciones de manera incorrecta	Realizar los ajustes mensuales en libro de bancos de acuerdo a las Conciliaciones bancarias para mantener saldos reales	Carpeta de conciliación banco por banco, mes por mes, se realiza los primeros días, cuando se reciben los extractos bancarios	Se realiza los primeros 5 días de cada mes a través de notas bancarias quedando registradas en el software y se tienen en físico, formato GTE-FO-002. Versión No 1.	33%
	Cruzar información mensual con contabilidad y cartera para hacer el respectivo registro de las actas conciliatorias	Se realiza de manera mensual con líder de contabilidad y cartera	Se tienen las actas de los cruces en físico, están firmados por el contador, tesorero y cartera	33%
	Registro en libros de movimientos dentro del mes correspondiente	Se lleva como recibos de caja y comprobantes de egreso de pagos	En el software dinámica gerencial, por banco y por mes.	33%
	Monitorear y revisar periódicamente los riesgos de corrupción Detectar cambios en el contexto interno y externo	Actualización Mapa de Riesgos	Mapa riesgo se encuentra actualizado	33%
				100%

4.3.5 FACTURACIÓN

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: 05 Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO

Comprometidos con el bienestar de nuestra gente

Liquidación incorrectos de los servicios prestados al usuario	Revisión periódica del software	Parametrizar de acuerdo a los contratos	se realiza la parametrización a los contratos	33%
	Capacitación al Talento Humano tema de contratación con las diferentes EAPB	se realiza Capacitación periódica (cada vez que surja un contrato) de la contratación suscrita y vigente con las diferentes EAPB (tarifas y condiciones contractuales)	PC Facturación Ruta: Se deje como evidencia asistencia virtual a capacitaciones y correos electrónicos a cada coordinador.	33%
	Seguimiento a la información del software Vs la contratada	Seguimiento a la información del software Vs la contratada, y Monitore en el comportamiento de las glosas	En el PC de auditoria, se encuentra en los seguimientos a glosas y devoluciones	33%
	Socialización, capacitaciones de temas concernientes a facturación	realizar socializaciones periódicas de los diferentes temas a los facturadores de las diferentes unidades asistenciales	PC Facturación Ruta: Se deje como evidencia asistencia virtual a capacitaciones y correos electrónicos a cada coordinador.	33%
Liquidación incorrectos de los servicios prestados al usuario		capacitación periódica al personal del proceso de facturación	PC Facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. Facturación 2024	33%
	Socialización periódica de la contratación suscrita y vigente con las diferentes EPS	Se realizan reuniones virtuales con las diferentes hospitales y centros asistenciales de la red. Se informa el valor y el tipo de contratación.	PC Facturación Ruta: Se deje como evidencia asistencia virtual a capacitaciones y correos electrónicos a cada coordinador.	33%
	Seguimiento a los motivos de glosas y devoluciones de manera trimestral	Se hace seguimiento trimestral.	En el PC de auditoria, se encuentra en los seguimientos a glosas y devoluciones	33%
Personal con conocimientos deficientes e insuficientes	Realizar socializaciones periódicas de los diferentes temas a los facturadores de las diferentes unidades asistenciales	El 12 de enero 2024, se realizó socialización de contratación, rips, informes referentes a salud 360	PC facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. facturación 2024	33%
	Capacitación periódica al personal del proceso de facturación	En el mes de febrero 2024 seguimiento a todos los hospitales software salud 360	PC facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. facturación 2024	33%
perdida de dinero por facturas devueltas	Seguimiento los motivos de las facturas aceptadas y su responsable	Lo realiza el proceso de auditora y se está cumpliendo efectivamente.	PC facturación Ruta: Equipo disco local C 1. facturación, / se pasa las aceptaciones a cartera	33%
aumento de motivos de objeciones por mayor valor cobrado	Socialización oportuna de las minutas contractuales, otosis o modificaciones que se realicen	En el primer cuatrimestre no se realizó por lo que no hubo contratación nueva	PC facturación Ruta: Equipo disco local C, 1. facturación 2024	33%
Incumplimiento de los indicadores de gestión	Realizar informe de gestión e indicadores de manera trimestral	Se hacen informes trimestrales y se envía al área de subgerencia financiera	Se evidencia el informe trimestral y se encuentra en el PC facturación Ruta: Equipo disco local C 1. facturación 2024, Informe de gestión 2024	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Facturación sin radicar los servicios prestados	seguimiento al envío de la facturación física por las unidades asistenciales los primeros 05 días de cada mes	Se decepcionan desde los hospitales se tienen carpetas digitales por mes y municipio.	Se cuenta documentación en PC de apoyo y radicación, del proceso de apoyo a facturación PC facturación Ruta: facturación//192.168.1.2Z, Scanner facturas	33%
	Seguimiento de la facturación radicada en los tiempos de ley	Se realiza a través de actas de facturación radicadas a cada EPS de manera mensual.	Estas actas firmadas por cartera y se radicación las actas se encuentran físico en la oficina de facturación. SE debe radicar los primeros 20 días el mes siguiente facturado y se tiene en medio físico, en la conciliación que se hace con cartera.	33%
				100%

4.3.6 TALENTO HUMANO

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Favorecimiento a través de la contratación de servicios favor de Terceros	Realizar adherencia formato de control para realización de contratos personal según necesidad.	Verificación de perfiles y competencias de la vinculación del personal (listado de chequeo)	Se diligencia formato actualizado, para la revisión de documentos hoja de vida	33%
	Levantar el procedimiento para legalización de cuentas de contratistas.	Verificación de contratos vs los estudios de necesidades (contrato vs estudio previo)	Se evidencia formato legalización de cuentas, que envían los directores cada mes y directriz para tramites de cuentas de cobro modalidad prestación de servicios.	33%
	Socialización procedimiento para legalización de cuentas de contratistas.	Se realizo y se envió a cada uno de los directores de hospitales y coordinadores de los centros de salud.	Se evidencia por correo electrónico a los directores de hospitales, se publicó en cartelera de TH en la sede administrativa y se socializo en los Hospitales.	33%
Incumplimiento a la normatividad	Actualización del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	Se encuentra actualizado.	Se encuentra actualizado	33%
	Socialización y publicación del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	Se encuentra en proceso de socialización	cronograma de socialización	33%
Desconocimiento de los procesos y procedimientos del proceso	Actualización del Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano	se encuentra actualizado	se encuentra actualizado.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

	Socialización y publicación del proceso de Gestión del Talento Humano	Se han actualizado directrices, actualización de formatos, planes institucionales, en la página web la escala de personal nómina.	Se encuentra actualización de formatos, planes institucionales, en la página web.	33%
	Implementación de instrumentos de control del proceso	Se actualizo la evaluación de eficiencia de inducción y reintucción.	Se actualizo la evaluación de eficiencia de la inducción y reintucción, se maneja formato de legalización de cuentas, formato de consecutivos contratos de personal, elaboración de formato encargos de puestos	33%
Probabilidad de no registro o reporte de personal a la ARL	Verificación de la documentación y los tiempos a las Hojas de vida	Listado de chequeo y verificación de los documentos	Se realiza lista en la lista de chequeo. Ruta: escritorio 2024/positiva/actas de cumplimiento.	33%
		Capacitaciones por parte de la ARL	Se evidencia formato lista de asistencia al personal que ingresa a la empresa. Cronograma de capacitación	33%
Incumplimiento a la normatividad	Verificar permanentemente la normatividad Plataforma de ARL	Evidenciar o soportar los exámenes en las Hojas de vida y en el Equipo de Computo	Ruta: plataforma app/medsystemcoclinichistory.	33%
		Reportes oportunos en la Plataforma de ARL	se realiza mediante la plataforma positiva. Ruta: PC Escritorio2024/accidente de trabajo	33%
		Capacitar al personal en Plan de Emergencias y seguridad vial con medición de la adherencia	Se realiza mediante inducción/ cronograma para realizar en la Red Hospitalaria	33%
				100%

4.3.7 GESTIÓN DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍA

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **97%**, Durante el primer cuatrimestre año 2024, cómo se evidencia en el siguiente cuadro:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Probabilidad de pérdida o hurto de información y/o Equipos de computo	Seguimiento al inventario de equipos de cómputo y verificación de copias de seguridad	se ejecutó la Verificación de indicadores y actualización de inventario de computo por medio de la plataforma	Se encuentra actualizado el inventario de recursos tecnológicos. Link Sistema SITEC6Dar	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Incumplimiento a la normatividad	Actualizar el normograma de gestión sistemas y tecnologías	El normograma se encuentra actualizado a Dic /2024	Se encuentra inmerso en el PETIC	33%
	Actualizar el Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipos de Cómputo, el Procedimiento de Copias de Seguridad, procedimiento de uso de los equipos informáticos, Plan de contingencia informática, implementación del plan de seguridad y privacidad de la información	Se encuentran actualizados a Dic 2023	Se encuentra mantenimiento preventivo a los equipos de cómputo, Impresoras, escáneres y otros de la red de la entidad. Planillas y bitácoras donde se realizan los mantenimientos, como soporte en físico y en la plataforma https://sistemasmyc.com.co	33%
	Seguimiento de adopción de los procedimientos, a través de indicadores	Se encuentran actualizados. Se están llevando a cabo los mantenimientos preventivos y correctivos. Formato GST-FO-018	Página Web, servidor de la entidad. Se tienen los formatos en físico en la oficina de sistemas y se realizan de forma trimestral. De igual forma se recepción indicadores de ejecución de mantenimiento preventivo con sus respectivos soportes.	33%
	Actualizar los procedimientos según normograma	Se encuentran actualizados. Se creo el formato GST-FO-017 para copia en seguridad e información digital.	Esta en gestión de calidad / no hubieron hallazgos para realizar actualización de formatos.	33%
Desactualización de procesos y procedimientos	Actualizar el proceso y procedimientos necesarios	Se cuentan con los procedimientos necesarios.	se encuentra actualizado por parte de gestión calidad.	33%
	Adherencia de la documentación	Actualmente se encuentra en ejecución la adherencia de la documentación actualizada	se encuentra programada para el mes de julio para dar a conocer documentación en Google Forms al personal de sistemas de la red hospitalaria	28%
				97%

4.3.8 COMUNICACIONES

Desde este proceso estratégico, importante para la divulgación de información, se han venido cumpliendo lo estimado para mitigación de riesgos, en un **100%**, para el primer cuatrimestre del 2024 Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total evaluado:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Divulgación de la información con posibles errores	Divulgaciones del portafolio de servicios de la entidad, seguimiento al formato de solicitud de publicación de información	se realizaron las Divulgaciones del portafolio de servicios de la entidad, seguimiento al formato de solicitud de publicación de información	De igual forma se realiza el cargue de la información en la página institucional RUTA: pc comunicación, disco duro Moreno y Clavijo, año 2024 se visualiza carpetas con los meses	33%
	Socializar e implementar formulario de solicitudes de publicación de información en plataformas institucionales	se realizó la socialización e implementar formulario de solicitudes de publicación de información en plataformas institucionales	Carpeta esemorenoyclavijo/mes de julio/videoportalofio de servicio. Portafolio: Carpetamorenoyclavijo/mesdeabri l/portafolio de servicios 2024	33%

4.3.9 GESTIÓN DOCUMENTAL

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: Mes: Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Perdida de documentación	Programa de Gestión Documental	Aprobación, publicación, socialización y aplicación del SIC - en su componente Plan de Conservación.	El Programa de gestión documental se encuentra aprobado y publicado en la página web de la entidad www.esemorenoyclavijo.gov.co	33%
	Formatos Control Préstamos	Documental. Ejecución y seguimiento de PINAR (campañas de socialización de la responsabilidad en la organización de los archivos.	El formato de control de préstamo se encuentra socializado, información disponible en los computadores de Gestión documental y unidad de correspondencia, así mismo se le realizaron indicaciones a correspondencia en base al Pinar	33%
	Formato Inventario Documental	Realizar seguimiento y control para verificar la organización de los Archivos de Gestión y aplicación de las TRD, Diligenciar los FUID de cada uno de los Municipios y Sede Central, correspondiente al Archivo de Gestión.	El formato de inventario documental se encuentra socializado, información disponible en los computadores de Gestión documental y unidad de correspondencia	33%
	Formato de registro de incidentes y accidentes documentales: Y formato de prevención de Emergencias y desastres documentales	Entrega de formato GDO-FO-043 debidamente diligenciado	El formato GDO-043 se encuentra debidamente diligenciado, información disponible en el computador de Gestión documental.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

	100%
--	-------------

4.3.10 ALMACEN

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **91%**, faltan socializaciones de adherencias de los formatos y guías de control, como se evidencia en el siguiente cuadro:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Perdida de recursos físicos	Realizar el inventario físico de la Entidad	se encuentra actualizado por medio del sistema 360 pero se realizara las visitas a los hospitales de acuerdo al cronograma 2024	se encuentra actualizado por medio del sistema 360 pero se realizará las visitas a los hospital de acuerdo al cronograma 2024	33%
	Actualizar el de procedimientos de almacén	Se encuentra desactualizado. Se encuentra en ajustes según recomendaciones de control interno por auditoría realizada en el mes septiembre 2023	Se encuentra en actualización para la vigencia 2024	28%
	Socialización de formato y manual actualizado	se encuentra programación pata el mes de julio 2024	se encuentra programación para el mes de julio 2024	28%
	Adherencia formato de control y manual de proceso	se encuentra programación pata el mes de julio 2024	se encuentra programación para el mes de julio 2024	28%
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar el normograma y la documentación del proceso de gestión de adquisiciones	Se cuenta con normograma incluido en manual de procedimientos del proceso de almacén 2024	Ruta: Disco local/almacén/almacen2024	33%
	Seguimiento al de Mantenimiento hospitalario de dotación industrial	Se cuenta con evidencia de informes de seguimiento de: infraestructura, equipos biomédicos y equipos industriales.	Ruta: Disco Local C / 2024 / Plan de mantenimiento Hospitalario	33%

Comprometidos con el bienestar de nuestra gente

	91%
--	------------

4.3.11 GESTIÓN AMBIENTAL

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Actualizar y ajustar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS	El Plan fue actualizado en sep./2022, para el 2023, se ejecutará el mismo Plan según actividades plasmadas en él) 2024	Se tiene en el pc Ingeniero ambiental, equipo, documentos, ambiental ESE/ESEMyC, 2022, PGIRHS, actualizaciones.	33%
	Socializar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS	Se observa planillas de asistencia y registro fotográfico.	Pc ambiental/ ambiente ese/ esemyc2022	33%
	Medir la Adherencia	Se realiza la medición de la Medir la adherencia.	Se realizo la medición de la adherencia	33%
	Certificación y/o acta de supervisión por parte de los directores del cumplimiento de recolección de residuos hospitalarios.	Cumplimiento a través de la certificación y/o actas de supervisión de los directores y los manifiestos de recolección de residuos.	se hizo cumplimiento de Certificación y/o acta de supervisión por parte de los directores del cumplimiento de recolección de residuos hospitalarios.	33%
	Actualizar normograma de gestión ambiental.	Cronograma en físico carpeta de gestión ambiental	Ruta: Pc Ingeniero Ambiental Ruta: C/esemorenoyclavijo/2024/normogramagestionambiental	33%
	Informe de ejecución del plan PGIRHS y plan de mantenimiento hospitalarios de residuos hospitalarios.	Se realiza a través del informe de gestión de manera trimestral, 2024.	Ruta: Pc Ingeniero Ambiental / información / informe de gestión 2024	33%
				100%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

4.3.12 INFRAESTRUCTURA

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de infraestructura física	Se solicita de manera trimestral, se realiza reunión virtual con los directores y el asesor de calidad, en el cual se socializa la organización y presentación de estos informes para el plan de mantenimiento hospitalario. Mediante el correo los directores de hospitales y coordinadores de los centros de salud deben enviar la información.	Se observa la evidencia a través del informe de mantenimiento del primer trimestre del 2024, por el cual los directores envían por medio electrónico la información necesaria generada por cada institución, dicha información se remite al área de almacén y financiera, esta información se recolecta entre la primera y segunda semana del trimestre.	33%
				100%

4.3.13 NUEVAS TECNOLOGÍAS, ÁREA BIOMEDICA.

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

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Incumplimiento a la normatividad	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de equipos biomédicos.	Se solicita el reporte de mantenimiento de cada equipo, por cada uno de los responsables de los planes. Reporte de servicios de mantenimiento. Se realiza 1 vez por trimestre	Se deja el radicado al hospital en cada carpeta que pertenezca la hoja de vida, en la sede central entregan CD con los soportes del reporte de mantenimiento, en el cual lo tiene subgerencia financiera.	33%
				100%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

4.3.14 GESTIÓN JURÍDICA

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión jurídica, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2024. Se obtuvo un puntaje del **97%**, Falta actualizar y socializarlo el Manual de Contratación y la Actualización del normograma de la entidad A continuación se describe en el cuadro a continuación:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Manual de Contratación	Contar con Manual de contratación actualizado	Contar con Manual de contratación actualizado y realizar Estatuto de contratación	se realizó actualización del Manual de contratación y se realizó Estatuto de contratación con fecha de 24 de mayo 2023	33%
Direccionamiento de contratación en favor de un tercero.	Socializar Manual de Contratación	Se evidencia manual de contratación actualizado para la vigencia 2024	se encuentra la programación para la socialización del manual de contratación.	33%
	Realizar legalización de contratos dentro de los términos según Contratos Celebrados	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos.	33%
	Realizar Contratos según solicitud en estudios previos presentados por los subgerentes, asesores o líderes de procesos	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos, en archivo de oficina jurídica.	33%
	Aplicar lista de chequeo a cada uno de los contratos elaborados	Se cuenta con lista de chequeo.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos.	33%
	Cargar y Publicar en la página de SECOP y SIA	Se realiza el cargue de SIAU y SECOP, dentro de los plazos establecidos.	verificación en páginas web respectivas.	33%
Incumplimiento Legal	Realizar contestación de las demandas dentro de los términos	Se hace contestación dentro de los términos, la información está contenida en el informe de gestión	PC Jurídica, carpeta informe gestión.	33%
	Actualización del normograma de la entidad	Se encuentra en proceso de actualización en jurídica	Se encuentra en proceso de actualización en jurídica	28%
	Realizar de respuestas a las acciones de tutelas de manera oportuna dentro de los términos	Se contestan dentro de los términos legales y establecidos por el despacho, se realiza seguimiento desde la oficina jurídica.	Reposan en la oficina del abogado externo, quien responde este tipo de acciones legales.	33%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

Realizar legalización de contratos dentro de los términos según Contratos Celebrados	Se realiza acorde a la ley.	Los soportes reposan en las carpetas de los contratos.	33%
Socialización y publicación del normograma de la entidad	Se encuentra en proceso de actualización en jurídica	Se encuentra en proceso de actualización en jurídica	28%
			97%

4.4 PROCESO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

4.4.1 CONTROL INTERNO

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión y aseguramiento de calidad, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2024. Se obtuvo un puntaje del 100%, descrito en el cuadro a continuación:

FECHA DEL SEGUIMIENTO: Día: 17 Mes: mayo Año: 2024				
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO
Sanción por parte de la superintendencia de salud.	Actualización del normograma del proceso	Se encuentra actualizado para vigencia 2024	Se encuentra en la página www.esemoreno.gov.co , pestaña Acceso a la información y transparencia normatividad, sujetos obligados orden territorial. Se encuentra en Pc de apoyo control Interno.	33%
	Verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditorias	Se realizó el en diciembre del 2023 para vigencia del 2024 y el de marzo 2024 se realizó actualizo del plan de auditoria para el año 2024	Se tiene en físico, en la oficina de Control Interno y en la pag web de la entidad.	33%
Desactualización de los documentos del sistema.	Entrega de Informes de acuerdo a las auditorias y seguimientos realizados	Para este cuatrimestre 2024 se entregaron los informes planteados y los seguimientos de auditorias	La oficina de control interno cuenta con una carpeta en físico de los soportes e igualmente en medio magnético.	33%
				100%

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966

5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

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

- Para el siguiente monitoreo, se visitarán los centros asistenciales que no se pudieron visitar de manera presencial en el presente ejercicio, como son Hospital de Puerto Rondón, Hospital Cravo Norte.
- Fue común denominador la falta de adherencia y su evaluación, de las guías, protocolos y formatos usados en los procesos.

Los procesos y subprocesos de apoyo, seguimiento y evaluación estratégicos y misionales se presentan las siguientes recomendaciones en términos generales:

- Tener preparada, organizada y disponible la información y evidencias que soporten la ejecución de las actividades plasmadas en el mapa de riesgos y atender el monitoreo en los tiempos establecidos mediante cronograma enviado por parte del Líder del proceso de planeación.
- En algunos centros asistenciales falta la organización de información a través de una red que permita manejar carpetas públicas donde se administre la información de Gestión de Calidad y otros mecanismos de control.
- En términos generales, se está cumpliendo con los objetivos trazados a través del Mapa de Riesgos Institucional 2024, los procesos de apoyo y seguimiento y control con mayor relevancia, quedando tareas inmediatas para el proceso asistencial que deben ser gestionadas por los responsables del mismo.
- Se debe seguir la orientación que se ha venido brindando desde el proceso de Gestión de Calidad, para actualizar guías, formatos y procedimientos, en cada una de las áreas de trabajo.
- La información que reposa en los PC, debe quedar en un backup o en el servidor de cada sede y de forma permanente, sin importar si los responsables de cada área sean rotados. Porque ahí está la evidencia

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

de los controles que se establecieron en Mapa de Riesgos Institucional
2024.

Sin otro particular,



JHON FELKY MARTÍNEZ MONTAÑA
Asesor de Planeación ESE Moreno y Clavijo

Proyectó: Nelly Rosmira Márquez Cantor - Apoyo planeación
Revisó y aprobó: Jhon Felky Martínez Montaña - Asesor de Planeación

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 11 - 36, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co Teléfono: 607 6852966