



Informe de
gestión II
Trimestre 2024

PLANEACIÓN
ESE MORENO Y CLAVIJO

2024

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 2 de 279

Tabla De Contenido

	INTRODUCCION	4
1	OBJETIVOS	4
2.	ALCANCE DEL INFORME	4
3.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.....	5
4.	DESARROLLO DE ACTIVIDADES.....	5
4.1.	INFORME DE PLANEACION	5
4.2	INFORME DE GESTION GERENCIAL 2022 RESOLUCION 408 DE 2018...	6
5	INFORME DE COMUNICACIONES	17
6.	INFORME GARANTIA DE LA CALIDAD	20
6.1.	INFORME GESTION DE LA CALIDAD	30
7.	INFORME DE SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:.....	36
7.1	SUBPROCESO GESTIÓN CONTABILIDAD	37
7.2	SUBPROCESO GESTION TESORERIA.....	45
7.3	SUBPROCESO GESTIÓN PRESUPUESTO	48
7.4	SUBPROCESO GESTIÓN FACTURACIÓN.....	55
7.5	SUBPROCESO GESTIÓN CARTERA.	63
7.6	SUBPROCESO GESTIÓN AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	675
7.7	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.....	68
7.8	SUBPROCESO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	842
7.9	SUBPROCESO GESTIÓN SISTEMAS Y COMUNICACIONES.	99
7.10.	PROCESO RECURSOS FISICOS.	101
7.10.1.	GESTION DE ALMACEN	1042
7.10.2	SUBPROCESO GESTIÓN AMBIENTAL	1075
7.10.3	GESTION DE INFRAESTRUCTURA	1119
7.10.4	GESTIÓN BIOMEDICO.....	1230
7.11	SUBPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL.	1520
8.	INFORME DE SUBGERENCIA MEDICA	153
8.1	INFORME DE GESTION SUB PROCESO DE SIAU.....	153
8.2	INFORME GESTION PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.	1529
8.3.	INFORME GESTION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION- PAI..	1520
8. 4.	INFORME GESTION DE APOYO DE URGENCIAS/ HOSPITALIZACION...	210

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 3 de 279

8.5	INFORME GESTION VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA.	152
8.6	INFORME GESTION CONSULTA EXTERNA.....	152
8.7	INFORME GESTION APOYOS DIAGNOSTICOS.....	1528
8.8	INFORME GESTION REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	1529
8.9	INFORME GESTION FARMACIA Y APOYO TERAPEUTICO.	152
8.10	INFORME GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION.....	1520
9.	INFORME GESTION JURIDICA	152
10	INFORME GESTION DE CONTROL INTERNO	1527

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 4 de 279

INTRODUCCIÓN

A continuación, se presenta el Informe de Gestión del II Trimestre del año 2024; aquí se describen a través de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo, las gestiones realizadas, también el seguimiento a los indicadores correspondientes a cada área de la ESE Moreno y Clavijo.

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

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

1. OBJETIVO GENERAL

Coordinar y hacer seguimiento a todos los procesos y subprocesos administrativos de la Institución integrados en el mapa de procesos, con el fin de contribuir mediante a través del desarrollo de las actividades propias con eficacia y eficiencia contribuyendo con la mejora continua de esta entidad.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

- ❖ Consolidar en un informe de Gestión, logros y dificultades por cada uno de los procesos y subprocesos que componen que componen la entidad.
- ❖ Dar a conocer los avances logrados en los indicadores de gestión de los procesos y subprocesos para el segundo trimestre del año 2024.
- ❖ Realizar un análisis comparativo que permita establecer la trazabilidad en la información, indicadores y resultados de la gestión.
- ❖ Medir el alcance de la gestión y formular alternativas que apunten al mejoramiento continuo de nuestra entidad.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 5 de 279

2. ALCANCE DEL INFORME

El informe comprende los avances, datos, objetivos, necesidades y logros alcanzados durante el segundo trimestre del año 2024. Los procesos y subprocesos realizan un análisis detallado de los informes de gestión.

3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

MISIÓN.

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

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

PRINCIPIOS.

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

- ❖ Orientación a resultados
- ❖ Articulación interinstitucional
- ❖ Excelencia y Calidad
- ❖ Aprendizaje e Innovación
- ❖ Integridad, Transparencia y Confianza
- ❖ Toma de decisiones basada en evidencia
- ❖ Vocación de servicio

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 6 de 279

VALORES

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

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

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

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



1.2 MAPA DE PROCESOS



4. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

4.1 INFORME DE PLANEACIÓN

PLAN DE ACCIÓN ANUAL OPERATIVO 2024, MAPA DE RIESGOS 2024 Y PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2024.

Se realizará monitoreo de forma cuatrimestral en los meses de mayo, septiembre de 2024 y enero de 2025, entregando los correspondientes informes y cargándolos en la página de la entidad de forma cuatrimestral.

4.2 INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL 2023 RESOLUCIÓN 408 DE 2018

Se presentó a Junta Directiva el informe de gestión gerencial de la vigencia 2023 el día 27 de marzo del año 2024. Con el siguiente resultado como se visualiza en el siguiente cuadro.

MATRIZ DE CALIFICACION													
Área de Gestión	No. Indicador	Tipo de ESE	Indicador	Actividad	Línea de base	Resultado del periodo Evaluado	Estandar Propuesto	Calificación (ver instructivo)	Ponderación	Resultado ponderado	Documento soporte	Seguimiento	Observaciones (debera evidenciarse los soportes técnicos)
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
DIRECCION Y GERENCIA	1	1	Nivel I	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.		1,64	2,69	≥ 1,20	5	0,050	0,25	SI CUMPLE	Una vez aplicados los instrumentos de autoevaluación que correspondió a la vigencia 2023, se obtuvo como resultado 2,69 según se evidenció en el documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.
	2	2	Nivel I	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.		0,93	0,97	≥ 0,90	5	0,050	0,25	SI CUMPLE	Para esta vigencia El PAMEC alcanzó un 96% de cumplimiento de las 72 actividades programadas para el año 2023, quedando 3 actividades atrasadas lo que comprende un porcentaje del 4 %, comparado con la vigencia anterior se mantiene el porcentaje de logros planteados. Se evidenció el respectivo cargue a la Superintendencia de acuerdo a lo establecido en el ANEXO ST002- CIRCULAR 012 DE 2016 PAMEC.
	3	3	Nivel I	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.		0,93	99	≥ 0,90	5	0,100	0,50	SI CUMPLE	Cierre a IV Trimestre.
	4	4	Nivel I	Riesgo fiscal y financiero	MANTENERSE SIN RIESGO MEDIO Y ALTO FISCAL Y FINANCIERO	NIVEL DE CATEGORIZACION DEL RIESGO	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero		0	0,000	0,00	N/A	De acuerdo a la información de categorización del riesgo, la entidad no fue catalogada en riesgo fiscal y financiero.
	5	5	Nivel I	Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida [1]		0,98	0,88	< 0,90	5	0,057	0,29	SI CUMPLE	De acuerdo a la información obtenida de la ficha técnica de Sifo, respecto aplicativo de cálculo de la UVR genera un resultado de 0,88. Dando un cumplimiento al estándar definido en la resolución.
	6	6	Nivel I	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos dentro de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación de la deuda.		0	0	≥ 0,70	0	0,057	0,00	NO CUMPLE	No se llevaron a cabo procesos contractuales por esta modalidad.
	7	7	Nivel I	Utilización de recursos presupuestales		0	0	Cero (0) o variación negativa.	5	0,057	0,29	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de la subgerente administrativa y financiera y del contador en la que informa que la entidad no tiene deudas por este concepto de contratación de prestación de servicios ni obligaciones laborales con corte a 31 de diciembre de 2023.
	8	8	Nivel I	Utilización de información de Registro Individual de		100	4	4	5	0,057	0,29	SI CUMPLE	Se ha cumplido al 100%, se han entregado 4 informes a junta directiva.
	9	9	Nivel I	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.		1,08	0,99	≥ 1	3	0,057	0,17	SI CUMPLE	No se alcanza el estándar, pero se encuentra dentro de un rango manejable.
	10	10	Nivel I	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia		SI	SI	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	5	0,057	0,29	SI CUMPLE	Se evidencia la entrega del reporte en el cumplimiento con el pantallazo.
	11	11	Nivel I	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.		SI	SI	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	5	0,057	0,29	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de la dirección de prestación de servicios y atención primaria, en la que da constancia de la oportunidad en la entrega de informe del I, II, III y IV trimestre del 2023, correspondiente al decreto 2193 de 2004.

CLÍNICA Y ASISTENCIAL	12	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	0,75	0,85	≥0,85	5	0,080	0,40	CERTIFICACION DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2023	SI CUMPLE	En cada uno de los seguimientos realizados a las gestantes, la entidad garantiza la Ruta Materna de forma integral; la ESE adopto y adapto, los Protocolos, Guías Prácticas Clínicas y manuales de atención, implementados por el Ministerio de Salud, llevando a cabo estrategias y planes de mejoramiento continuo para cumplir con el indicador, buscando la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio, con el fin de optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbilidad materno-perinatal. El porcentaje de ingresos al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación fue del 79% para la vigencia 2023 en la ESE, quedando por debajo del corte esperado que es del 85%.	
		13	22	Nivel I	Indidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.	5	2	0 Casos	0	0,080	0,00	SE EVIDENCIA PANTALLAZO EN EL SIVIGILA	NO CUMPLE	Se evidencia pantallazo en Sivigila donde se observa las ocurrencias de casos en el año 2023.
		14	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	0,97	0,9	≥0,90	5	0,070	0,35	CERTIFICACION DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2022	SI CUMPLE	El indicador de cumplimiento de Enfermedad Hipertensiva en la vigencia 2022 fue del 90% quedando con calificación EXCELENTE. Cumplimiento del indicador con evaluación mayor al 0,9 en la red hospitalaria de la ESE
		15	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.	0,98	0,92	≥0,80	5	0,060	0,30	INFORME DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2022	SI CUMPLE	El indicador de cumplimiento de Crecimiento y Desarrollo en la vigencia 2023 fue del 92% quedando con calificación EXCELENTE en la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo. Cumplimiento del indicador con evaluación mayor al 0,8 en la red hospitalaria de la ESE.
		16	25	Nivel I	Reingresos por el servicio de urgencias.	0,005	0,023	≤0,03	5	0,050	0,25	CERTIFICACION ASESORA GARANTIA DE LA CALIDAD	SI CUMPLE	Se evidencia de oportunidad de atención en pacientes en consulta general y reingreso por urgencias.
		17	26	Nivel I	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	0,0465	1,4	≤3	5	0,060	0,30	CERTIFICACION ASESORA GARANTIA DE LA CALIDAD	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de oportunidad de atención en pacientes en consulta general.
TOTAL										4,20				

4.3. PROYECTOS

- Durante este trimestre se realizó supervisión y seguimiento a las Contratos de obra de las adecuaciones de los puestos de salud de la Pesquera, Malvinas, Camame, Cusay La Colorada y Alto Cauca, evidenciando un avance significativo en la ejecución de estos contratos y algunas interrupciones debido a varios factores externos que no permitieron el normal funcionamiento de estos contratos. para esto se realizaron los respectivos informes de supervisión y cargue a la plataforma Pisis de los avances y demás documentos que se han generado en la ejecución de estas obras. Estos proyectos presentan a la fecha un avance físico y presupuestal de un 80%.

No CONTRATO	NOMBRE DEL PROYECTO	DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
007-0004 DE 2024	"Adecuación del puesto de salud Camame del Municipio de Tame de la red asistencial de la ESE Moreno y Clavijo del Departamento de Arauca"	TAME	\$ 216.373.120,13
007-0005 DE 2024	"Adecuación del puesto de salud Indígena Cusay-la Colorada del Municipio de Fortul de la red"	FORTUL	\$ 345.634.458,69

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 10 de 279

	asistencial de la ESE Moreno y Clavijo del Departamento de Arauca		
007-0001 DE 2024	“Adecuación del puesto de salud la Pesquera del Municipio de Arauquita de la red asistencial de la ESE Moreno y Clavijo del Departamento de Arauca”.	ARAUQUITA	\$ 526.998.330,54
007-0002 DE 2024	“Adecuación del puesto de salud las Malvinas del Municipio de Tame de la red asistencial de la ESE Moreno y Clavijo del Departamento de Arauca”	TAME	\$ 399.571.955,71
007-0003 DE 2024	“Adecuación del puesto de salud Alto Cauca del Municipio de Tame de la red asistencial de la ESE Moreno y Clavijo del Departamento de Arauca”	TAME	\$ 237.770.856,00

Se realizó supervisión de la obra de mejoramiento y adecuación de la Infraestructura Física del Hospital San Francisco de Fortul (Contrato de Obra No 007-006 de 2024), el cual tiene un avance en la ejecución física y presupuestal a la fecha de un 28%. Se generaron los respectivos informes mensuales de supervisión e informes para el cargue a la plataforma Pisis.

No CONTRATO	NOMBRE DEL PROYECTO	DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
007-0006 DE 2024	“MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA”	FORTUL	\$ 6.465.918.514,00

- **Se formularon los proyectos de adecuaciones de los siguientes puestos de salud y fueron radicados a la Unidad Administrativa de Salud de Arauca para su respectiva revisión y correcciones para luego ser radicados al MSPS.**

No	PUESTO DE SALUD	MUNICIPIO	VALOR	ESTADO
1	EL SALEM	FORTUL	417.670.579,00	RADICADOS A LA UAESA
2	CARACOLES	FORTUL	326.317.960,00	RADICADOS A LA UAESA
3	LA 20	FORTUL	354.113.158,30	RADICADOS A LA UAESA
4	BETOYES	TAME	360.295.796,17	RADICADOS A LA UAESA
5	MAPOY	TAME	618.601.826,74	RADICADOS A LA UAESA
6	FILIPINAS	TAME	374.487.252,27	RADICADOS A LA UAESA
7	PUERTO GAITAN	TAME	280.031.551,00	RADICADOS A LA UAESA
8	PUERTO MIRANDA	TAME	371.782.871,48	RADICADOS A LA UAESA
9	AGUACHICA	ARAUQUITA	350.893.502,00	RADICADOS A LA UAESA

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 11 de 279

- Se formularon y se radicaron los siguientes proyectos de dotación a la UAESA para revisión y posterior radicación al MSPS.

No	NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR	ESTADO ACTUAL
1	“FORTALECIMIENTO A LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS DE USO HOSPITALARIO PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITO A LA ESE MORENO Y CLAVIJO, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	16.593.706.973	RADICADO A LA UAESA
2	“FORTALECIMIENTO DEL SERVICIOS DE IMAGENES DIAGNOSTICAS MEDIANTE LA DOTACION DE RAYOS X FIJOS DE LOS HOSPITALES ADSCRITOS A LA ESE MORENO Y CLAVIJO, DEPARTAMENTO DE ARAUCA”	8.284.863.776,00	RADICADO A LA UAESA

4.4. PLAN DE ACCIÓN ANUAL OPERATIVO:

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

4.4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS

PROCESOS ESTRATÉGICOS	Actividades Programadas	Actividades Realizadas	Total, Actividades Programadas	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	Meta	Cumplimiento de Actividades
Planeación	26	23	28	33%	34%	95%
Garantía de la Calidad	2	2		34%	34%	

4.4.2 PROCESOS MISIONALES

PROCESOS MISIONALES	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	META	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES
SIAU	12	12	52	34%	34%	100%
Consulta Externa (PyM)	9	9		34%	34%	
Consulta Externa	2	2		34%	34%	
Consulta Externa: Promoción y Prevención (PAI)	7	7		34%	34%	
Urgencias y Hospitalización	2	2		34%	34%	
Referencia y Contrarreferencia	3	3		34%	34%	
Seguridad del Paciente	1	1		34%	34%	
Servicio Farmacéutico	8	8		34%	34%	
Salud Pública - Vigilancia Epidemiológica	5	5		34%	34%	
Salud Pública - PIC	1	1		34%	34%	
Unidades Asistenciales de Laboratorio clínico	1	1		34%	34%	
Referencia y Contrarreferencia	1	1		34%	34%	

4.4.3 PROCESOS DE APOYO

PROCESOS DE APOYO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS	AVANCE DE EJECUCION DE LA META %	META	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES
Presupuesto	4	4	119	34%	34%	99%
Contabilidad	6	6		34%	34%	
Tesorería	8	8		34%	34%	
Cartera	2	1		15%	34%	
Gestión cartera	2	2		34%	34%	
Infraestructura	10	10		34%	34%	
auditorías cuentas medicas	3	3		34%	34%	
Talento Humano	14	14		34%	34%	
Sistemas y Tecnologías	7	7		34%	34%	
Comunicaciones	12	12		34%	34%	
Gestión documental	5	5		34%	34%	
Sistemas de la Información Estadística	10	10		34%	34%	
Gestión jurídica	9	9		34%	34%	
Gestión ambiental	8	8		34%	34%	
Recurso físico	7	7		34%	34%	
Gestión infraestructura	8	8		34%	34%	
Gestión de cálida	6	6		34%	34%	

4.4.4 PROCESO DE EVALUACIÓN

PROCESO DE EVALUACIÓN	DE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS	AVANCE DE EJECUCIÓN DE LA META %	META	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES
CONTROL INTERNO		17	17	17	34%	34%	100%

4.5. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN						GPL-FO-006	
		SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO						Versión 02	
								Página 1 de 1	
Periodo de seguimiento: 3er cuatrimestre 2023		Fecha Seguimiento: del 10 al 11de enero 2024							
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción								EVALUACIÓN AVANCE DE GESTIÓN	
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	META O ENTREGABLE	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	AVANCE	TOTAL	
1. Política de administración de Riesgos	Definir la política de administración de riesgos actuales y sus elementos de desarrollo, la cual incluye los riesgos de corrupción.	Definición de la política de administración de riesgos a través de medios institucionales establecidos (Página Web, correo electrónico, reuniones virtuales)	Responsable SAREIT Asesor de Planeación Comunicaciones	Política de Riesgo	www.morenoyclavijo.gov.co/accion/informacion/planaoma-estrategica	La Política de Riesgo se actualizó en noviembre 2023, mediante Resolución 267/2023 se encuentra cargada en la página web de la entidad.	34%	34%	
	Registros en SAREIT	Reporte de registros cuando la Supervisad y el Minutad lo solicite	Responsable SAREIT	Plataforma SAREIT		Se hacen reportes mensualmente mediante sistema de reporte en línea - SAREL, desde la página de la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF	34%	34%	
2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	Actualizar el Mapa de Riesgos de corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción Actualizado	Udare y Asesores de Proceso, Subgerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	Mapa de Riesgos Institucional 2023	https://morenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/	Se encuentra actualizado y en página web Institucional desde el mes de enero de 2023, sin embargo se realizó actualización en el mes de Marzo 2023 y se cargó en la página web de la entidad	34%	34%	
	Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Publicar en la Pág. web	Asesor de Planeación Comunicaciones	Documento del mapa de riesgos.	https://morenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/	Se encuentra publicado el página web Institucional desde el mes de enero de 2023, sin embargo se realizó actualización en el mes de Marzo 2023 y se cargó en la página web de la entidad	34%	34%	
3. Consulta y Divulgación	Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción	Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción a través de medios institucionales establecidos (Reuniones virtuales, publicar en portales institucionales, correo electrónico)	Asesor de Planeación Comunicaciones	Socialización del mapa de riesgos		A la comunidad en general se socializó por medio de la página web de la entidad https://morenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/ A funcionarios se socializó por medio de mesas de trabajo, en reuniones presenciales y virtuales	34%	34%	
	Monitorear trimestralmente el cumplimiento de las actividades propuestas para la administración del riesgo de corrupción y retroalimentar a los líderes el avance del proceso	Reporte de monitoreo trimestral realizado	Asesor de Planeación	Plataforma SAREIT		Se cuenta con reporte de monitoreo de la plataforma SAREIT realizado en el mes de agosto, por parte de la asesora de planeación	Se recomienda realizar seguimiento periódico, según los etapas de Monitoreo (Seguimiento), que debe ser realizada exclusivamente por el rol de Administrador de Gestión.	34%	34%
4. Monitoreo y revisión	Realizar seguimiento a los controles de los riesgos de corrupción contemplados en el mapa de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a los controles de Riesgos de Corrupción	Udare y Asesores de Proceso, Subgerencias con acompañamiento de Asesor de Planeación	Informe de seguimiento	https://morenoyclavijo.gov.co	En página web se encuentra seguimiento realizado a Riesgos de corrupción, con corte a diciembre 2023.	34%	34%	
	Evaluar el componente de Gestión de Riesgos de corrupción y controles asociados a éstos	Informe de seguimiento el componente y a los controles de Riesgos de Corrupción	Control Interno	Se solicita informes mensuales y los requerimientos de los artes de vigilancia y control		Se encuentran informes en medio físico en carpeta: Oficina de Informes 2023 igualmente se realiza seguimiento a mapa de riesgos de manera cuatrimestral	34%	34%	
Del 100% de avance para este periodo se seguimiento se completó con un porcentaje de:							100%		

Activar, socializar y publicar los enlaces de trámites en el sitio web	Trámites actualizados y publicados	SAU Comunicaciones	Publicaciones realizadas en temas: política de humanización. Manual actualizado de SAU, actualizado código QR	https://semorenoclayijo.gov.co/tramites-y-servicios/	Se encuentran en página web de la entidad, el trámite, sistema de asignación de citas, igualmente se permite por medio de la página web, en el botón PQRSF realizar gestiones de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias. Se recomienda actualización de Manual SAU y CIRCULAR EXTERNA 20231530000010-5 DE 2023 /22-06-2023 de la Super salud	34%	34%
Actualizar los trámites publicados en el SUI7	Trámites actualizados y publicados	SAU Comunicaciones	Los trámites en SUI7 se encuentran actualizados hasta el mes de agosto 2023	En embargo se cumple con alimentación mensual del SUI7. No se ha actualizado el inventario de trámites en esta plataforma.	Se recomienda continuar con el gestión de inventarios de trámites registrados en plataforma SUI7. Al mismo solicitar Capacitación al DAFP para el manejo y actualización de la plataforma SUI7.	34%	34%
Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y denuncias de los ciudadanos	Identificación y actualización de PQRS- trámites.	SAU Sistemas y asesores de procesos Planeación	Matriz de reporte mensual de Consolidado de PQRSF	Ruta /PC/Escritorio/2023/InformeMensual	Se recibe mensualmente base de datos, de parte de líderes de hospitales y centros de salud de la red hospitalaria, el cual permite identificar los PQRSDF más comunes	34%	34%
Identificar y analizar los trámites los cuales han sido objeto de atención y recurrencia	Identificar los trámites y generar soluciones para racionalización de trámites	SAU Sistemas y asesores de procesos Planeación	Identificación de los trámites y gestión de soluciones para racionalización de trámites	Matriz de reporte mensual de consolidado de PQRSF	Se recomienda continuar con gestión y actualización de inventarios de trámites registrados en plataforma SUI7. Al mismo se recomienda realizar seguimiento a los trámites que presenten recurrencia y que ameriten atención oportuna	34%	34%
Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con la entidad y desplazamientos.	Identificación de procesos, desplazamientos y costos de los trámites que afectan al usuario en tiempo espontáneamente	SAU Sistemas y asesores de procesos Planeación	Identificación de los desplazamientos y costos de trámites que afectan al usuario	Matriz de reporte mensual de consolidado de PQRSF	Se recomienda implementar mecanismos para proforma vigencia, que permita cuantificar los desplazamientos y costos de los trámites que benefician al usuario y que se puedan reducir si se implementan más trámites en línea.	20%	20%
Realizar campañas de difusión y estrategias que impulsen la ampliación de los mejores de los trámites en los servidores públicos de la entidad responsables de su implementación	Socializar para hacer conciencia y encontrar mejoras en soluciones a trámites a todo el equipo de trabajo de la ESE Moreno y Clavijo	SAU Comunicaciones	Socializaciones para hacer conciencia encontrar mejoras en soluciones a trámites todo el equipo de trabajo	Actualmente se realizan encuestas de satisfacción, capacitaciones a servidores en buen trato y atención al usuario, deberes y derechos, ley de transparencia, lenguaje claro y sencillo	Se recomienda continuar con campañas de difusión y/o estrategias que impulsen la apropiación de los mejores de los trámites en los servidores públicos	34%	34%
Auxiliar la viabilidad de software para la creación de una central de citas	Informe de estudio de proyecto para software de citas médicas	Sistemas de la Información Sistemas y tecnología Comunicaciones	Actualmente se cuenta con Call Center para solicitar citas en toda la red hospitalaria	Durante el tercer cuatrimestre del 2023 se ha contado con software que permite la integración del call center en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria de la ESE		34%	34%
Socializar a la comunidad los trámites electrónicos implementados	Campañas de divulgación realizadas	SAU Asesor de Planeación Comunicaciones	https://semorenoclayijo.gov.co/call-center/moreno-y-clavijo/ https://www.facebook.com/morenoyclavijo70citasmedicas/	Desde la sede principal se divulgó los trámites de asignación de citas (call center) a través de redes sociales y página web institucional		34%	34%
Evaluar la satisfacción del usuario con la gestión de los trámites mediante una encuesta aleatoria en la vigencia se realiza muestra	Encuestas de satisfacción aplicadas una vez agotadas en la vigencia se realiza muestra	SAU Sistemas de Información	Formato de encuestas de satisfacción del usuario - GAU-FO-001 Versión 03	En los hospitales y centros de salud de la ESE se aplican encuestas de satisfacción del usuario de manera aleatoria constantemente		34%	34%
Evaluar la gestión de trámites Institucionales	Informe al seguimiento vigencia del seguimiento cuatrimestral al componente de racionalización de trámites	Control Interno	Informe seguimiento SUI7 tercer cuatrimestre 2023	Se cuenta con informe de seguimiento del SUI7, con corte a diciembre 2023		34%	34%
Del 100% de avance para este periodo de seguimiento se cumplió con un porcentaje de:						96%	

Capacitar a todo el personal de la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo sobre lo que significa SAU	Inducción y reintroducción al personal nuevo y a la importancia de SAU en toda la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo	SAU Directores de Hospitales Administradores de los centros y puestos de salud de la Red Hospitalaria	Se realizó inducción y reintroducción al personal de la entidad	Se realiza continuamente desde inicio del 2023, como evidencia se encuentran pláticas de asistencia desde la sede principal, así mismo en cada sede de la ESE se realiza inducción en los cargos correspondientes.	Quincenalmente, se ha hecho reintroducción en los hospitales y centros de salud. Se evidencia que por medio de inducción al personal nuevo de la entidad, se tratan temas como Misión, Visión, Objetivos Estratégicos, Principios y Valores Institucionales, Políticas Institucionales y Código de Integridad, derechos y Deberes del Usuario, Programa de Humanización, PQRSDF	34%	34%
Mejorar la oportunidad de respuesta a las expresiones de los usuarios	Reporte mensual a la respuesta oportuna Mayor 90%	SAU Directores de Hospitales Administradores de los centros y puestos de salud de la Red Hospitalaria	Se realiza reporte y trimestral Informe tipo 3 Encuestas Res. 236	Conexos electrónicos enviados desde hospitales y centros de salud a coordinador de SAU de la sede principal y a profesionales de sistemas de información. Se hace de manera trimestral en cada vigencia.		34%	34%
Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al ciudadano en la página web	Dos (2) Informes de peticiones, quejas, reclamos publicados trimestralmente en la página web	SAU Comunicaciones	Informe de PQRSF semestral	Se cuenta con informe semestral de PQRSDF		34%	34%
Realizar convocatorias para la ampliación y fortalecimiento de la asociación de usuarios de la institución	Campaña de divulgación permanente por los distintos medios de la ESE	SAU Comunicaciones	Se realizó campañas en los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria	Se encuentran oficinas de convocatorias y actos de reunión de los hospitales: San Lorenzo, Pamamuri, San Antonio, Cravo Norte, San Francisco de Fortal, San Juan de Dios, Puerto Jordán	Se recomienda gestionar asociación de usuarios en los hospitales y centros de salud que hacen falta: Panamá	30%	30%
Realizar levantamiento de la caracterización de los grupos de valor - Terminar el proyecto de señalización institucional para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a los diferentes áreas y servicios de la institución.	Informe con registro fotográfico	SAU	Caracterización de grupos de valor Señalización Institucional de acceso a los usuarios a los diferentes servicios	Se realizó levantamiento de caracterización de grupos valor de la entidad en el mes de agosto/2023 En cada hospital y centro de salud de la red de la ESE, se fortaleció la señalización de los respectivos áreas, con el fin de mejorar el acceso de los usuarios en cada centro hospitalario		34%	34%
Realizar capacitación a servidores y contratistas (Mejorar competencias de los servidores en relación con la atención con calidad y calidad a los usuarios y sus familias)	Dos capacitaciones al año (planilla de asistencia)	Talento Humano SAU	En este seguimiento se evidencia capacitación realizada a servidores y contratistas de los hospitales y centros de salud	Se cuenta con evidencias fotográficas y planillas de asistencia de la sede principal, hospital Tama, Hospital Fortal, Cravo Norte y Puerto Jordán.	Se recomienda realizar capacitación en hospitales y centros de salud, Beltranes	34%	34%
Incorporar en el plan Institucional de capacitación temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio, comunicación asertiva y lenguaje simple).	Dos capacitaciones al año (planilla de asistencia)	Talento Humano SAU	Capacitación temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio, comunicación asertiva y lenguaje simple).	Se cuenta con programación en Cultura Organizacional, Clima Laboral, Trabajo en Equipo, Servicio al Ciudadano.		34%	34%
Publicar de manera semestral, el informe de gestión de los PQRSF	Dos informes de Gestión publicados en la web	SAU	Se hace publicación semestral de Informe PQRSF	https://semorenoclayijo.gov.co/capacitacion-de-control-interno/		34%	34%
Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos a los derechos de los ciudadanos.	Campañas con responsabilidades de los servidores en los derechos de los usuarios	SAU	Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos a los derechos de los ciudadanos.	Realizar socializaciones con el fin de sensibilizar a los servidores en los derechos y deberes de los usuarios		34%	34%
Publicar en los canales de atención la carta de diez reglas de oro para el trato digno	Carta de Trato digno socializada y publicada	SAU	Gestionar publicación de carta de diez reglas de oro para el trato digno	Se cuenta con la carta de diez reglas de oro para el trato digno al usuario		34%	34%
Realizar protocolo de Atención al ciudadano	Dos capacitaciones en Atención al ciudadano y lenguaje claro a los servidores de toda la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo	SAU	Capacitaciones en Atención al ciudadano lenguaje claro a los servidores de la entidad	Se cuenta con plazo hasta el mes de mayo 2023 para realizar la primera capacitación en tema de lenguaje claro	El protocolo de atención al ciudadano se encuentra actualizado a enero de 2023, sin embargo se recomienda actualizarlo según Circular Est. 20231530000010-5 de 2023 22-06-2023 de la Super salud	34%	34%
Realizar evaluación y retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias con el proceso de atención, y utilizar esta información como fuente en las reuniones de los grupos de mejora	Dos Informes de Gestión publicados en la web	SAU Comunicaciones	Evaluación y retroalimentación de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias	Se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios y sus familias, de manera periódica		34%	34%

	Implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados de la evaluación de las encuestas aplicadas.	Implementar las acciones de mejora según evaluación en toda la red hospitalaria.	SAU	Implementar acciones de mejora según evaluación de encuestas en toda la red hospitalaria	Se ha gestionado el call center y software de asignación de citas, para disminuir tiempos y costos en los usuarios que solicitan servicios, el cual es la queja más recurrente en la red hospitalaria.	Se recomienda continuar las mejoras en la institución respecto a la implementación de acciones para satisfacción de los usuarios de la ESE	34%	34%	
4. Seguimiento	Evaluar la estrategia y la Atención al Ciudadano	Informe de la evaluación	Control Interno	Semestralmente CI realiza Informe de PQR con respectivas recomendaciones	https://www.morenoyclavijo.gov.co/Reportes-de-control-interno/		34%	34%	
							Del 500% de avance para este periodo se seguimiento se cumplió con un porcentaje de:	99%	

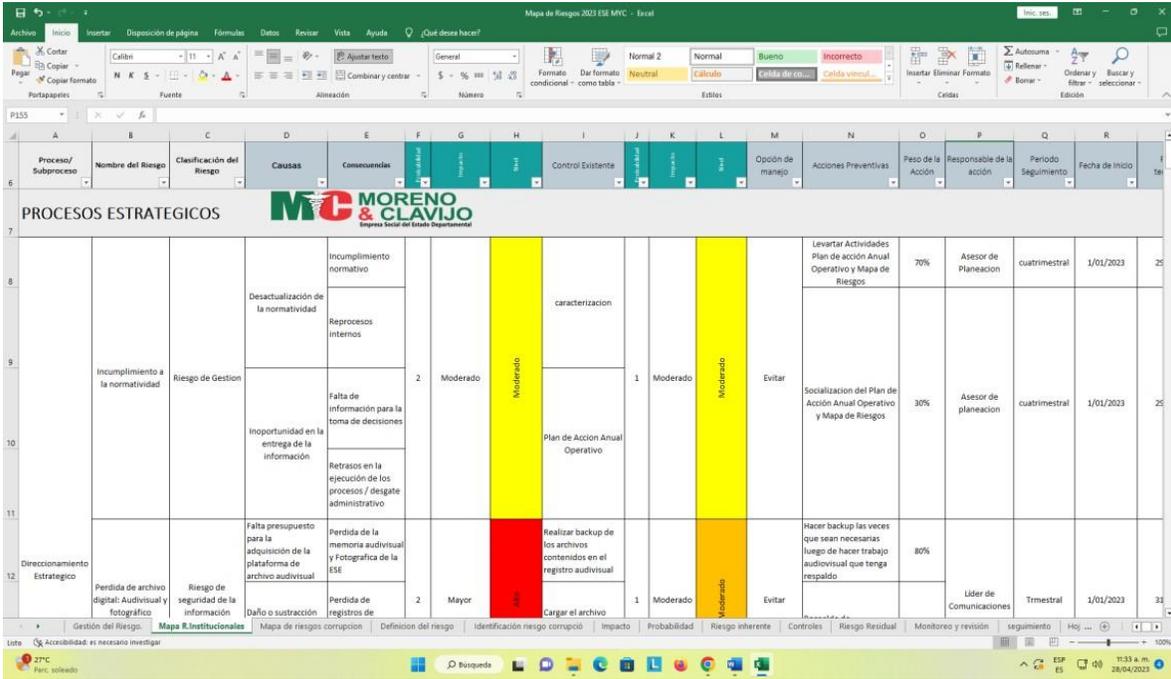
Componente 4: Rendición de Cuentas								EQUILIBRIO (AVANCE DE GESTION)	
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	META O ENTREGABLE	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	INDICADOR 1	TOTAL	
1. Información de calidad y en lenguaje comprensible	Entregar información de Gestión del periodo a readir en lenguaje comprensible al ciudadano requerida para la rendición de cuentas. NOTA: la fecha máxima para ubicar esta información es el día 30 del mes de abril.	Publicación del Informe de gestión vigencia 2022 página web de la ESE Moreno y Clavijo	Asesor de Planeación Comunicaciones	Informe de gestión 2022 publicado en la página web institucional	https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/03/Informe-de-gestion-Anual-2022.pdf		34%	100%	
		Publicación de la fecha de la rendición de cuentas publicada en la página web y página Facebook institucional	Asesor de Planeación Comunicaciones	Se realizó la publicación de la fecha de rendición de cuentas en la página web y página Facebook institucional	https://www.morenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/ https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/02/Informe-de-gestion-Anual-2022.pdf	Se envió archivo de reporte 2022 OTI03 con información de rendición de cuentas a superusuarios	34%	34%	
		Resultados de gestión divulgados en medios tradicionales (página web, boletines, redes sociales)	Asesor de Planeación Comunicaciones	Resultados de la rendición de cuentas.	Resultados de la rendición de cuentas.	Página web www.morenoyclavijo.gov.co , en el botón de rendición de cuentas.		34%	34%
		Diseñar y enviar por diferentes canales, las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas	SAU Asesor de Planeación Comunicaciones	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas	La invitación para la audiencia pública de la vigencia 2022, se realizó por medio de correo electrónico, publicación en la página web, publicación en Facebook institucional e invitaciones de forma física a diferentes partes interesadas		34%	34%
2. Diligenciar de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Recibir y consultar las inquietudes y solicitudes de la comunidad recibidas con atención en el BSA de rendición de cuentas para recibir preguntas previas a la actividad	Inquietudes y solicitudes recolectadas mediante enlace habilitado en la página web en el BSA de rendición de cuentas, los recursos que tiene la institución para recibir preguntas previas a la actividad	SAU Asesor de Planeación Comunicaciones	Inquietudes y solicitudes recolectadas mediante enlace habilitado en la página web en el BSA de rendición de cuentas para recibir preguntas previas a la actividad	Se dispuso del BSA https://www.morenoyclavijo.gov.co/participacion-en-la-formacion-de-politicas/ con el fin de recibir preguntas previas relacionadas a la rendición de cuentas y el formato físico de participación de la audiencia pública, con el fin de entregar en medio físico en la oficina de SAU o enviar al correo electrónico de SAU		34%	34%	
	Realizar la Rendición Pública de Cuentas	Rendición Pública de Cuentas realizada	Asesor de Planeación Comunicaciones	Se tiene asignada rendición de cuentas para el día 22 de Junio de 2023	https://www.morenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/	Se dio cumplimiento a este importante actividad para la entidad	34%	34%	
3. Herramientas para recibir la cultura de la rendición y petición de cuentas	Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Incluir en cada audiencia de rendición de cuentas rendición de cuentas para fortalecer la participación ciudadana	Asesor de Planeación Comunicaciones	Mecanismos de participación informados en página web institucional	https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/06/Reglamento-Audiencia-Publica-Rendicion-de-Cuentas-Vigencia-2022.pdf	https://www.morenoyclavijo.gov.co/rendicion-de-cuentas/	34%	34%	
	Organizar incentivo a la asociación de usuarios con mayor participación en jornada de rendición de cuentas	Reconocimiento no monetario a la asociación de usuarios	SAU Asesor de Planeación	Entrega de reconocimiento no monetario a la asociación de usuarios	El día 22 de Junio 2023, en rendición de cuentas de vigencia 2022, se entregó a los principales miembros de la asociación de usuarios un diploma en reconocimiento a su trabajo desinteresado en pro de nuestros usuarios	Se entregó reconocimiento a las asociaciones de: Tama, Arauzquita y Fortul	34%	34%	
	Realizar socialización con el subproceso de talento humano para interiorizar el proceso de rendición de cuentas	Realizar socialización	Talento Humano Asesor de Planeación	Socialización con el objetivo de conocer proceso de rendición de cuentas en comité de desempeño de la entidad	Se cuenta con acta de Comité de Gestión y Desempeño con fecha del 09 de Marzo de 2023		34%	34%	
4. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	Evaluar las acciones de rendición de cuentas desarrolladas por la ESE y programadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Informe de seguimiento cuatrimestral al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Control Interno	Informe de Rendición de cuentas	Informe de Rendición de cuentas	La actividad se encuentra evaluada en Informe: https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/NORMA-DE-EVALUACION-INDICADORES-CI-2022.pdf	34%	34%	
							Del 500% de avance para este periodo se seguimiento se cumplió con un porcentaje de:	100%	

Componente 5: Transparencia y acceso a la información								EQUILIBRIO (AVANCE DE GESTION)	
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	META O ENTREGABLE	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	INDICADOR 1	TOTAL	
1. Usamientos transparencia activa	Capacitación a funcionarios y contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Realizar 2 Capacitaciones	Sistemas de la Información SAU	Realizar capacitación a funcionarios contratistas de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Se realizó en el mes de julio 2023, se encuentran planillas de asistencia		34%	34%	
	Capacitación a usuarios de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Realizar 2 Capacitaciones	Sistemas de la Información SAU	Realizar capacitaciones a usuarios de ley de transparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014.	Se realizó en el mes de agosto 2023, se encuentran planillas de asistencia		34%	34%	
	Publicar la información según normatividad en el marco de transparencia y acceso a la información pública	Levantar, organizar y publicar la información	Sistemas de la Información SAU	Se realizan publicaciones oportunas de la información allegada por las diferentes oficinas que son normativas en el marco de transparencia y acceso a la información pública	Página web www.moreno.gov.co https://www.morenoyclavijo.gov.co/acceso-a-la-informacion-y-transparencia/		34%	34%	
	Asegurar el registro de los contratos de la entidad en el SEICOP	Registro en el SEICOP del 100% de los contratos	Talento Humano	Registro total de todos los contratos en SEICOP de la entidad	https://www.morenoyclavijo.gov.co/portal/Transparencia/Contratos-SEICOP		34%	34%	
	Publicar en la PÁG. web de Transparencia y acceso a la información de las escalas salariales de funcionarios y contratistas	Informe de escala salarial publicado	Talento Humano	Escala salarial publicada en pág. web institucional	Se evidencia en: https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2023/06/Asignaciones-Salariales-2023-ESE-Moreno-y-Clavijo.pdf	Se recomienda realizar cargo de la información relacionada a honorarios y subsidios para los contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión que celebre la entidad	34%	34%	
	Asegurar el registro de las hojas de vida de los servidores y contratistas de Función Pública en el SEICOP	Registro en el SEICOP del 100% de las Hojas de Vida	Talento Humano	Registro del 100% de hojas de vida en página	Se está llevando a cabo el registro del talento humano	Se recomienda realizar cargo del total de los servidores y contratistas	20%	20%	
2. Usamientos de transparencia pasiva	Responder la respuesta a derechos de petición en los términos establecidos en la norma	Esquema de publicación de la información actualizado	SAU Sistemas de la Información	Se gestionaron las respuestas oportunas a los derechos de petición presentados en el cuatrimestre	Equipo Sistemas de Información: solicitudes de información/2023	Durante el segundo cuatrimestre, los líderes de SAU y Sistemas de Información manifestaron no haber recibido derechos de petición	34%	34%	
	Realizar Informe de seguimiento Trimestral mínimo de solicitudes de información y de derechos de petición que recibe mensualmente	Informe de seguimiento	Sistemas de Información	En el periodo evaluado se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 4do. trimestre 2023	Equipo sistemas de Información Base de Datos/INFORMACION/Solicitud Informacion/Informes solicitudes/2023/Trimestre		34%	34%	
	Realizar Informe de seguimiento Trimestral el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa	Informe de seguimiento	Sistemas de Información	En el periodo evaluado se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 4do. trimestre 2023	Informe de gestión trimestral cargado		34%	34%	
	Realizar Informe de seguimiento Trimestral el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada.	Informe de seguimiento	Sistemas de Información	En el periodo evaluado se realizó informe pertinente y se envió al área de Planeación para consolidar informe de gestión 2do. trimestre 2023	Informe de gestión trimestral cargado		34%	34%	
	Realizar y aprobar la resolución de los costos de reproducción de información electrónica y copia de acuerdo con los medios en que reposa la información de la entidad	Resolución Aprobada	Sistemas de Información	Resolución 078/2020 Acto administrativo control de reproducción	https://www.morenoyclavijo.gov.co/wp-content/uploads/2020/07/RESOLUCION-078-2020.pdf		34%	34%	
	Revisar el Estado de Información Clasificada y Reservada y tabla de control de acceso	Índice de Información Clasificada y reservada actualizado, etiquetado y publicado	Comunicaciones Gestión Documental	Se encuentra dentro del FINAR para la vigencia 2023	Se encuentra actualizado en https://www.morenoyclavijo.gov.co/portal/diagnostico/		34%	34%	
3. Instrumentos de gestión de la información	Actualizar el esquema de publicación de la información	Esquema de publicación de la información actualizado	Comunicaciones Gestión Documental	Se encuentra esquema de información actualizado en agosto 2023	https://www.morenoyclavijo.gov.co/portal/Transparencia/Esquema-de-publicacion-de-informacion/		34%	34%	
	Publicar el Índice de Información Reservada Clasificada en la sección de Transparencia y acceso a la información pública de su sitio Web oficial	Publicación Realizada	Uso de Gestión Documental	Se encuentra la publicación del Índice Información Reservada y Clasificada en la sección de Transparencia y acceso a la información pública	https://www.morenoyclavijo.gov.co/esquema-de-publicacion-de-informacion/		34%	34%	

4. Criterio diferencial de accesibilidad	Se deben videos con informacion de hábitos de vida saludables, trato humanizado y deberes y derechos de los usuarios	Videos con informacion de hábitos de vida saludables, trato humanizado y deberes y derechos de los usuarios en las pantallas de la Red Hospitalaria de la ESE	SAU Comunicaciones Planeacion	Videos con informacion de hábitos de vida saludables, trato humanizado y deberes y derechos de los usuarios en las pantallas de la Red Hospitalaria de la ESE	Se cuentan con videos de recomendacion de hábitos de vida saludables	https://www.morenoyclavijo.gov.co/derechos-y-deberes-de-los-usuarios/	Se recomienda gestionar videos con informacion de hábitos de vida saludables	34%	34%
5. Monitoreo de acceso a la informacion	Registrar solicitudes de acceso a la informacion publica incluyendo la fecha y 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 informacion.	Informe de seguimiento	SAU	Hasta la fecha de seguimiento no se han realizado solicitudes de acceso a la informacion publica	Al no existir solicitudes de acceso a la informacion publica, no se generan informes al respecto		Se recomienda a lider del área de SAU, estar atento a gestionar respuestas de solicitudes de acceso a la informacion publica en el evento que se realicen	34%	34%
6. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	Evaluar el componente de transparencia y acceso a la informacion desarrolladas por la ESE Moreno y Clavijo	Seguimiento Realizado	SAU	Se encuentra informe de seguimiento a PAAC publicado	Al no existir solicitudes de acceso a la informacion publica, no se generan informes al respecto	Link: https://www.morenoyclavijo.gov.co/reportes-de-control-interno/	Se recomienda a lider del área de SAU, estar atento a gestionar respuestas de solicitudes de acceso a la informacion publica en el evento que se realicen	34%	34%
								Del 100% de avisor para este periodo se seguimiento se cumplió con un porcentaje de:	98%

De acuerdo al monitoreo realizado, los resultados acumulados fueron del 91%, sobre el cumplimiento de las 58 actividades planteadas en el PAAC 2023.

4.6. MAPA DE RIESGOS



Proceso/Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Control Existente	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio				
PROCESOS ESTRATEGICOS	Incumplimiento a la normatividad	Riesgo de Gestion	Desactualización de la normatividad	Incumplimiento normativo	Reprocesos internos	2	Moderado	caracterización	Evitar	Levantar Actividades Plan de acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	70%	Asesor de Planeacion	cuatrimestral	1/01/2023	25
			Inoportunidad en la entrega de la informacion	Falta de informacion para la toma de decisiones	Retrasos en la ejecución de los procesos / desgaste administrativo	2	Moderado	Plan de Acción Anual Operativo	Evitar	Socialización del Plan de Acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	30%	Asesor de planeacion	cuatrimestral	1/01/2023	25
			Pérdida de archivo digital: Audiovisual y fotografico	Riesgo de seguridad de la informacion	Falta presupuesto para la adquisicion de la plataforma de archivo audiovisual	Pérdida de la memoria audiovisual y Fotografica de la ESE	Pérdida de registros de	2	Mayor	Realizar backup de los archivos contenidos en el registro audiovisual	Evitar	Hacer backup las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual que tenga respaldo	80%	Líder de Comunicaciones	Trimestral

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

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Impacto	Probabilidad	Riesgo inherente	Control Existente	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término				
PROCESOS MISIONALES																			
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Riesgo de Gestión y Riesgo de seguridad de la información	Permanencia del talento humano contratado para la ejecución de las actividades de PIM		3	catastrófico	Alto	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevea retiros del Talento Humano		Moderado	Bajo	Evitar	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud	Permanente según eventualidad	2/01/2023	31	
			Actividades realizadas no facturadas	Incumplimiento en los procesos de contratación con los diferentes EAPB		3	catastrófico	Alto	Se controla a través de el software 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación		Moderado	Bajo	Evitar	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PIM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales fueron facturadas	50%	Subgerente en Salud Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PIM	Trimestral	2/01/2023	31
			Perdida de Historias Clínicas en el nuevo software 360 por problemas de conectividad							Continuar con el trabajo articulado del software 360 por el fin de eliminar la falla		Moderado	Bajo	Evitar	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	25%	Permanente según eventualidad	2/01/2023	31
												Moderado	Bajo	Evitar	Ripo de Facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal. Cronogramas de salidas extramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes	20%	Permanente	2/01/2023	31

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Causas	Consecuencias	Control Existente	Opción de manejo	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término					
PROCESOS DE EVALUACION																	
149			Desconocimiento de la norma				Manual de Control Interno Actualizado	33	Asesor Control Interno	Semestral	01/01/2023	30/12/23					
150	Seguimiento y Evaluación	Incumplimiento de la Norma	Ausencia de planeación en el proceso	Proceso desactualizado Sanciones	3	Mayor	Plan de Auditorías vigencia 2023	2	Moderado	Moderado	Evitar	Actualización del cronograma del proceso	33	Asesor Control Interno	Semestral	01/01/2023	30/12/23
151			Ineficacia en los controles establecidos del proceso				Seguimiento a Planes de mejoramiento Informe de las				Evitar	Verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditorías	34	Asesor Control Interno	Trimestral	01/01/2023	30/12/23
152											Reducir	Entrega de Informes de acuerdo a las auditorías y seguimientos realizados	33	Asesor Control Interno	Trimestral	01/01/2023	30/12/23

La metodología empleada para el desarrollo del seguimiento y monitoreo al Mapa de Riesgos Institucionales 2024, 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.

4.7. 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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 19 de 279

5. INFORME DE PRENSA Y COMUNICACIONES

INTRODUCCIÓN

Mediante el siguiente informe se exponen los indicadores de gestión ejecutados desde el área de comunicaciones de la ESE Moreno y Clavijo. Gracias a un trabajo articulado con hospitales y sede central se han obtenido buenos resultados desde el área comunicativa de la entidad.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

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

DESARROLLO DEL INFORME: (cuerpo del documento)

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

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

Matriz DOFA ESE Moreno y Clavijo

	Internos	Externos	
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de comunicación interna inexistente o desconocido - Poco reconocimiento de la marca - No existe material POP en hospitales y centros de atención - Plan y política de comunicación desactualizada y no ejecutadas - Mala imagen de los servicios de salud a nivel nacional - Cartelera informativa sin uso - Televisores informativos insuficientes y los que existen no tienen uso informativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar nuevos servicios mediante teletrabajo es una nueva tendencia en el mercado de la salud - El gobierno departamental actual considera importante el tema de la salud, por lo que es una oportunidad para los operadores de este servicio. - Acceder a donaciones y convenios con diversas entidades para fortalecer la red hospitalaria 	Oportunidades
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de ofrecer nuevos servicios en el Hospital San Antonio de Tame 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibles riesgos financieros por falta de pagos de EPS. - Nuevos competidores privados en la región 	Amenazas

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 20 de 279

	<ul style="list-style-type: none"> - Es una entidad pública de orden departamental financiada por el Estado. - Más de 17 años de trayectoria en la región. - Presencia en 5 municipios de los 7 del departamento. - Buenas relaciones con el gobierno departamental y en los municipios 	<ul style="list-style-type: none"> - Un mal procedimiento médico que genere una crisis de marca 	
--	---	--	--

Recomendaciones

- Fortalecer los canales de comunicación institucional
- Mayor inversión en promoción de las actividades propias de la institución
- Fortalecer el clima institucional y la comunicación interna mediante actividades de bienestar

Resultados

- **Nivel de cubrimiento Fotográfico o audiovisual**
- Cubrimiento recorrido puestos de salud – revisión de proyectos.
- Cubrimiento visita Hospital San Francisco de Fortul junto a Gobierno Departamental.
- Cubrimiento reunión junto al Hospital del Sarare para ampliación de servicios
- Cubrimiento nombramiento nuevo director Hospital San Lorenzo de Arauquita.
- Cubrimiento nombramiento nueva directora Hospital San Juan de Dios.
- Cubrimiento segundo encuentro con equipo del Hospital del Sarare sobre posible convenio
- Cubrimiento Jornada de vacunación en toda la red
- Cubrimiento nombramiento nuevo asesor de Planeación
- Cubrimiento reunión con directores y líderes de la entidad
- Reunión de gerente de la entidad con su equipo de trabajo de todos los Hospitales y centros de salud de la red.
- Encuentro en nuestro Hospital San Lorenzo con equipo de líderes frente a asesores de la institución
- Gerente de la entidad participa en mesa de diálogo entre gobierno nacional, departamental y local – 14 de febrero.
- Equipo de la ESE Moreno y Clavijo participa en la formulación del plan de desarrollo del gobierno departamental – municipio de Cravo Norte.
- Equipo de la ESE Moreno y Clavijo participa en la formulación del plan de desarrollo del gobierno departamental – municipio de Fortul
- Sede Administrativa de la ESE Moreno y Clavijo conmemora día internacional de la mujer.
- Se conmemora el día internacional de la mujer en toda la red hospitalaria.
- cubrimiento encuentro territorial para la vida con presidencia de la república.
- **Cubrimiento entrega de títulos de propiedad de centros de salud**
- **Cubrimiento jornada de salud en Puerto Rondón.**
- **Cubrimiento jornada de Pomeroy Hospital San Juan de Dios.**
- **Cubrimiento Equipos Básicos en salud, zona rural con cobertura de la ESE Moreno y Clavijo.**
- **Grabación de voz en Off Para Call Center sobre atención al magisterio**
- **Cubrimiento jornada de salud – municipio de Puerto Rondón.**
- **Cubrimiento jornada de capacitación en brigadas de emergencia.**

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 21 de 279

- **Cubrimiento jornada de salud vereda San Ignacio de Puerto Rondón.**
- Cubrimiento actividades de los Equipos Básicos en Salud del Ministerio de Salud.
- Cubrimiento visita de la OPS al Hospital San Antonio – Hospitales resilientes.
- Cubrimiento presentación equipo del Hospital san francisco con servicios para el magisterio.

- **Número de Videoclips Institucionales**

- Producción audiovisual 100 días de gobierno.
- Producción audiovisual equipos básicos en salud – comunidad indígena.
- Producción audiovisual equipos básicos en salud – Municipio de Fortul.
- Producción audiovisual Hospital San Francisco sobre Higiene de manos.
- Producción audiovisual sobre estrategia multimodal sobre Higiene de manos.
- Producción audiovisual celebración del día del enfermero.
- Video sobre jornada de salud para el adulto mayor en Cravo Norte.
- Video sobre equipos básicos en salud – Tame

- **Índice de cubrimiento de redes sociales institucionales**

- Diseño mensaje de condolencias Elibe Julieth.
- Diseño citas nutricionista mes de enero.
- Diseño nueva portada fan page oficial en facebook
- Diseño vacante médico Hospital San Juan de Dios.
- Diseño fenómeno del niño y recomendaciones sobre incendios
- Diseño jornada de vacunación
- Diseño internacional del cáncer
- Diseño jornada de vasectomías Hospital San Ricardo.
- Diseño sobre vacante de bacteriólogo para el Hospital San Antonio de Tame
- Diseño sobre el día mundial contra el cáncer (4 de febrero)
- **Diseño Flyer sobre fechas de consulta por nutricionista**
- **Diseño, impresión y armado de 65 carnés institucionales**
- **Diseño de vacantes de médicos generales para proyecto de equipos básicos**
- **Diseño sobre jornada de Pomeroy en el Hospital San Francisco**
- **Diseño consulta por nutricionista Hospital San Francisco.**
- **Diseño rendición de cuentas vigencia 2023.**
- **Diseño vacante jefe de enfermería centro de salud de panamá.**
- **Diseño vacante médico Hospital San Antonio de Tame.**
- **Diseño vacante médico general para la red hospitalaria.**
- **Diseño día internacional de la mujer – Institucional.**
- **Diseño jornada de vasectomía Hospital San Antonio de Tame.**
- **Diseño conmemoración día del niño.**
- **Diseño consulta por nutricionista Hospital San Francisco.**
- **Diseño rendición de cuentas vigencia 2023.**
- **Diseño vacante jefe de enfermería centro de salud de panamá.**
- **Diseño vacante médico Hospital San Antonio de Tame.**
- **Diseño vacante bacteriólogo Hospital San Antonio.**
- **Diseño jornada de salud municipio de Tame.**
- **Diseño jornada nacional de vacunación en toda la red.**
- **Diseño promoción y prevención Minsalud.**
- **Diseño conmemoración día del árbol**
- **Diseño vacante jefe de enfermería Puerto Rondón.**

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 22 de 279

- Diseño sobre la lucha contra el dengue, prevención y promoción.
- Diseño vacantes Hospital San Francisco y San Antonio.
- Diseño conmemoración día mundial de la seguridad y salud en el trabajo.
- Diseño día del bacteriólogo.
- Diseño día del árbol.
- Diseño boletín seguridad y salud en el trabajo.
- Diseño conmemoración día del trabajo.
- Diseño día mundial de la higiene de manos.
- Diseño actualización portada mes de las madres.
- Diseño invitación a rendición de cuentas de la entidad.
- Diseño conmemoración del día de la madre.
- Diseño condolencias institucionales – Gilberto Correa.
- Diseño vacante médico general Hospital de Tame.
- Diseño condolencias institucionales – Mireya parada.
- Difusión campaña de lavado de manos en la entidad.
- Diseño jornada de Pomeroy en Hospital San Francisco
- Diseño para cada Hospital sobre atención al magisterio.
- Diseño jornada de salud para el adulto mayor – Cravo Norte.
- Diseño sobre servicios de salud para el magisterio del departamento.
- Diseño Jornada de salud en Institución Educativa Filipinas.
- Diseño jornada de Pomeroy en Hospital San Francisco
- Diseño día mundial del medio ambiente.
- Diseño sobre programa de planificación familiar.
- Diseño sobre prevención del dengue.
- Diseño sobre los síntomas del dengue.
- Diseño sobre servicios de salud de la entidad.
- Diseño acciones esenciales programa de seguridad del paciente.
- Diseño sobre política de seguridad del paciente.
- Diseño sobre vacante de médico rural – Hospital tame

CONCLUSIONES

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

6. INFORME GARANTIA DE LA CALIDAD.

INFORME DE GESTIÓN: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y

 <p>MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 23 de 279

sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El mejoramiento continuo de la calidad debe llevar a la ESE Moreno y Clavijo a un proceso de autocontrol interiorizado por cada uno de sus funcionarios, centrado en el cliente interno y externo, sus necesidades y expectativas; cumpliendo con las características del SOGCS: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad; cuyo principal insumo sea la identificación permanente de los aspectos del proceso susceptibles de mejoramiento, para poder determinar los ajustes y acciones necesarias que permitan superar las brechas de la no calidad.

De Conformidad a la normatividad vigente, la ESE Moreno y Clavijo ha venido implementado los cuatro componentes del SOGCS, los cuales se describen a continuación resaltando los avances y la gestión realizada en cada uno de ellos.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL: Evidenciar el avance de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud, sus características y actores del sistema en la ESE Moreno y Clavijo durante el segundo trimestre de 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Lograr que el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud y el sistema de gestión de calidad, apoye y facilite el cumplimiento de la misión y visión de la ESE Moreno y Clavijo el logro de los objetivos de calidad
- Analizar en Desarrollo de la cultura de mejoramiento continuo en la ESE moreno y Clavijo, con el fin de lograr lo establecido en la política de calidad de la entidad.
- Implementar planes y programas orientados a incentivar el servicio, la capacitación y la seguridad para garantizar permanentemente la mejor atención al usuario.
- Diseñar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad mediante el cumplimiento de los requisitos para garantizar la mejora continua de los procesos de la entidad.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 24 de 279

DESARROLLO DEL INFORME:

Actividades a desarrollar

Durante el segundo trimestre de 2024, y siguiendo lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), se genera un plan de trabajo y seguimiento del mismo para dar cumplimiento en lo establecido en la normatividad vigente, a sabiendas que son cuatro componentes (Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.) sumando el proceso de gestión de calidad.

A continuación, se describe lo desarrollado en cada uno de estos componentes:

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH):

La implementación del Sistema Único de Habilitación en la ESE, se rige bajo la Resolución 3100 de 2019, por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

1. Actualización y Revisión de Documentación:

- **Revisión de Manuales y Protocolos:** Se planea una revisión exhaustiva de los manuales y protocolos operativos, asegurando que cumplan con los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019. Esto incluye la actualización de guías clínicas y procedimientos para alinearse con las mejores prácticas y normativas vigentes.
- **Verificación de Licencias y Permisos:** Se llevarán a cabo actividades de verificación y renovación de licencias y permisos necesarios para la habilitación de los servicios de salud, asegurando su validez y conformidad con la normativa.

2. Evaluación y Mejoramiento de la Infraestructura:

- **Auditoría de Infraestructura Física:** Realizar auditorías internas de la infraestructura física de los centros de atención para garantizar que cumplan con los requisitos mínimos establecidos por la resolución, como accesibilidad, seguridad y adecuación de espacios.
- **Plan de Mejora de Equipos y Tecnologías:** Se implementará un plan para la actualización y mantenimiento de equipos biomédicos, asegurando que todos los dispositivos cumplan con las normativas de habilitación.

3. Capacitación del Personal:

- **Formación en Normativas de Habilitación:** Se planificarán jornadas de capacitación dirigidas al personal administrativo y de salud para asegurar el conocimiento y la correcta aplicación de las normativas de habilitación vigentes.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 25 de 279

- Simulacros de Auditoría: Se realizarán simulacros de auditoría para preparar al personal y garantizar que los procesos y procedimientos cumplan con los estándares de habilitación.

4. Fortalecimiento del Sistema de Información:

- Actualización de Bases de Datos: Actividades enfocadas en la actualización y verificación de la información de los prestadores de servicios de salud, asegurando que todos los datos estén al día y correctamente registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).
- Implementación de Herramientas Digitales: Se promoverá el uso de herramientas digitales para la gestión de la información y el seguimiento del cumplimiento de los estándares de habilitación.

• 5. Monitoreo y Evaluación:

- Auditorías Internas Periódicas: Se planificarán auditorías internas periódicas para identificar áreas de mejora y asegurar el cumplimiento continuo de los requisitos de habilitación.
- Evaluación de Indicadores de Cumplimiento: Se monitorizarán y evaluarán los indicadores clave de cumplimiento relacionados con la habilitación de servicios, como tiempos de respuesta, calidad de la infraestructura y satisfacción del usuario.

Estas actividades están orientadas a fortalecer el cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019, asegurando que la ESE Moreno y Clavijo mantenga un alto estándar en la prestación de servicios de salud.

- Se solicita a los secretarios técnicos los comités asistenciales (seguridad del Paciente, Historias Clínicas, IAAS, Vigilancia Epidemiológica, y farmacia) acorde a las resoluciones emitidas desde gerencia para su respectivo seguimiento.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC), Y SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA). INFORME DE SEGUIMIENTO PAMEC DE 2023

INTRODUCCION

La prestación de servicios de la E.S.E Departamental Moreno y Clavijo, se enfoca principalmente en los procesos de preparación hacia la acreditación, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, generando un plan de auditoría de mejoramiento de la calidad PAMEC 2023 con enfoque en los procesos de preparación hacia la acreditación en salud priorizados por la E.S.E, el cual logro un concepto favorable por parte de la UAE de Salud de Arauca.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 26 de 279

El actual informe revela el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia 2024, donde se presentan un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución

METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Departamental Moreno y Clavijo de Arauca actualmente cuenta con 4 grupos de proceso para la preparación en acreditación, los cuales han hecho mesas de trabajo y seguimiento a las actividades priorizadas en el PAMEC. Teniendo en cuenta las oportunidades de mejora de la autoevaluación en acreditación realizada en la vigencia 2023.

Inicialmente se realizó socialización en cada uno de los grupos de las acciones priorizadas en el PAMEC 2024 y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento por parte de la oficina de mejoramiento continuo trimestralmente.

ACCION DE MEJORA PAMEC 2024

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 66 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2024.

Estándar	Numero Estándar Priorizado	Número acciones de mejoras
PACAS- Deberes y derechos	1	4
PACAS-Seguridad de pacientes	2-5- 7	5
PACAS- Ambulatorio	3 – 5- 8 -24	12
PACAS-laboratorio	36 -39	8
PACAS- IPS en Red	19	3
Direccionamiento	21 - 23	7
Gerencia	28-89-97	7
Talento Humano	115	4
Ambiente Físico	123 -125	8
Gestión Tecnología	132	3
Gestión Información	142	2
Mejoramiento Continuo	159	3
Total		66

AVANCES Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2024

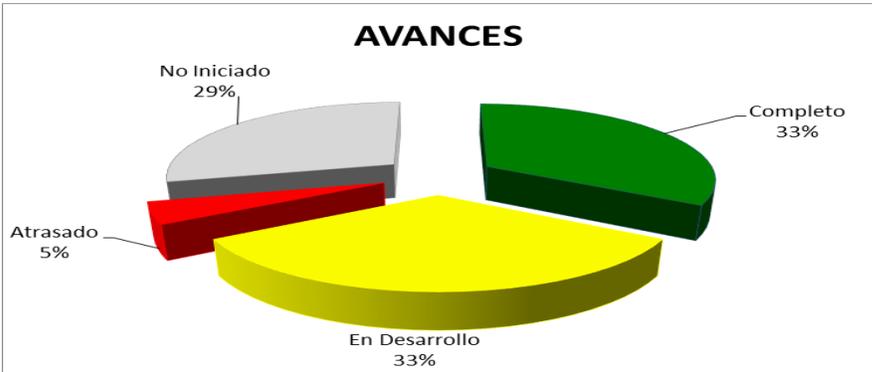
En la siguiente tabla se muestra a corte **30 de junio de 2024**, el estado de cada unade las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

De las 66 acciones de mejora programadas corresponde a los estándares de Deberes y derechos (4), Seguridad del paciente (5), Ambulatorio (12), Laboratorio (8), IPS en red (3), Direccionamiento (7), Gerencia (7), Talento Humano (4), Ambiente físico (8), Gestión tecnología (3), Gestión Información (2) y Mejoramiento(3).

Estado de Avances	Deberes y derechos	Seguridad del paciente	Ambulatorio	Laboratorio	IPS en Red	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente físico	Gestion tecnologica	Gestion Informacion	Mejoramiento Continuo	Total	% avances
Completo	1	2	3	2	0	4	3	2	2	1	1	1	22	33,33%
En Desarrollo	1	2	9	4	0	1	3	0	0	0	1	1	22	33,33%
Atrasado	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	4,55%
No Iniciado	2	1	0	2		2	1	2	6	2	0	1	19	28,79%
Total	4	5	12	8	3	7	7	4	8	3	2	3	66	100,00%

El análisis de los datos muestra que, a corte 30 Junio de 2024, se ha logrado completar el 33 % de las actividades planificadas. Un 33 % adicional se encuentra en proceso de desarrollo, mientras que un 5 % presenta retrasos respecto al cronograma establecido. Un 29 % de las actividades aún no han iniciado, ya que su ejecución está programada para etapas posteriores del año.

5. ESTADO DE EJECUCIÓN DEL PAMEC



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 28 de 279

ACTIVIDADES COMPLETADAS: 33 %

Se ha logrado completar un tercio de las actividades planificadas para el año, reflejando un avance significativo en la implementación de las mejoras propuestas.

ACTIVIDADES EN DESARROLLO: 33 %

Otro tercio de las actividades están en curso. Estas actividades están en distintas fases de ejecución, y se espera que varias de ellas se completen en el tercer trimestre del año.

ACTIVIDADES ATRASADAS: 5 %

Se ha identificado que un pequeño porcentaje de las actividades están atrasadas. Las principales razones de estos retrasos incluyen dificultades logísticas y problemas de conectividad y de acceso a la información.

ACTIVIDADES NO INICIADAS: 29 %

Estas actividades están programadas para iniciarse en la segunda mitad del año, según el cronograma original. No se considera que la falta de inicio sea un problema en este momento, ya que están alineadas con la planificación temporal del PAMEC.

ANÁLISIS DETALLADO DE LAS ACTIVIDADES

Áreas de Mejora: El PAMEC ha identificado áreas clave donde se deben enfocar los esfuerzos, tales como la accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales y la optimización del uso del talento humano. Las actividades relacionadas con estos objetivos están en su mayoría en desarrollo o completadas, lo que refleja un buen enfoque en las prioridades institucionales.

RETOS Y DIFICULTADES:

La limitada conectividad y la mala señal de comunicaciones en algunas zonas han afectado el desarrollo de ciertas actividades, lo que ha contribuido a los retrasos mencionados. Se recomienda revisar estrategias de mitigación para minimizar el impacto de estos factores en el avance del programa.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 29 de 279

RECOMENDACIONES

Acelerar las Actividades Atrasadas: Es crucial identificar y abordar los factores que están causando los retrasos para evitar que estas actividades afecten el cumplimiento general del PAMEC.

SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES EN DESARROLLO:

Se debe realizar un seguimiento riguroso de las actividades en curso para asegurar que se completen dentro de los plazos estipulados.

PREPARACIÓN PARA ACTIVIDADES NO INICIADAS:

Asegurarse de que los recursos necesarios estén disponibles y preparados para el inicio de las actividades programadas para la segunda mitad del año.

CONCLUSIÓN

El PAMEC de la ESE Moreno y Clavijo muestra un avance adecuado para la mitad del año 2024, con la mayoría de las actividades completadas o en desarrollo. Sin embargo, se deben tomar medidas para abordar los retos identificados, especialmente en relación con las actividades retrasadas, para asegurar el cumplimiento de los objetivos al cierre del año.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD.

Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, para la ESE Moreno y Clavijo es indispensable y además obligatorio hacer el respectivo seguimiento, control, evaluación y planes de mejora cuando haya lugar para mantener la entidad acorde a lo establecido en la normatividad vigente en el SIC.

Resultados segundo trimestre de 2024

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN					MIS-FO-026	
		INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCION 256 DE 2016. II Trimestre 2024					Versión 02	
							Página 1 de 1	
CLASE	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL	INTERPRETACION	FUENTE
EXPERIENCIA EN LA ATENCION (EA)	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2(TctII) y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico(Tau)	Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado (Ntp)	1.698	114	14,89	El tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como triage 2 en el servicio de urgencias es de 14,89 minutos, lo que representa la oportunidad de la atención del usuario en la red hospitalaria de la ESE. el tiempo de atención cumplió con los estándares establecidos por la Resolución 256, estuvo dentro del plazo esperado para este nivel de prioridad en este servicio de urgencias.	Elaboración Propia
	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"	Número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%)	1.379	1.459	94,52 %	El porcentaje de usuarios satisfechos con la atención durante la prestación del servicio en la entidad es de 94,52 % , lo que representa el grado de calidad de la atención al usuario en esta entidad; Se implementa capacitaciones en deberes y derechos de los usuarios y se profundiza en el programa de humanización.	
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas	26.702	23.538	1,13	El tiempo de espera para la asignación de cita de Medicina General es de 1 día , esto representa la oportunidad de atención del usuario en la ESE Moreno y Clavijo, acorde a este servicio que tenemos ofertado en todas las sedes adscritas.	
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas	10.137	9.660	1,05	El tiempo de espera para la asignación de cita de Odontología General esta a 1 día , esto representa que la entidad a través de sus sedes adscritas cumple con la oportunidad de atención del usuario en el servicio de Odontología.	
SEGURIDAD	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo por 1000	0	1.619	0,00	La proporción de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización es de 0,0 Tch, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución.	

Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo.	Total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 1000	1	6.902	0,000 1449	La proporción de caídas de pacientes en el servicio de URGENCIAS es de 0,1449 Tcu. Durante este trimestre se presentó una caída de un paciente en el servicio de urgencias de una de nuestras sedes, se realiza en conjunto con el programa de seguridad del paciente el análisis correspondiente del caso y su plan de mejoramiento correspondiente, se fortalecen las acciones para evitar que ocurran estos eventos adversos en la prestación de los servicios.
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo.	Total de personas atendidas en consulta externa por 1000	0	52.171	0,000 0000	Durante este trimestre no se presentaron caídas en el servicio de consulta Externa en ninguna de las sedes adscritas a la ESE Moreno y Clavijo, se trabaja en el fortalecimiento de las políticas de seguridad del paciente y la atención humanizada en todos los servicios.
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas	Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por 1000	0	138.722	0,00	La proporción de caídas de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico es de 0,0 Tch, lo que representa la seguridad de la atención al usuario en la institución en los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de las sedes adscritas a la ESE Moreno y Clavijo.
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Total de egresos de hospitalización por 100 expresado como porcentaje (%).	1	654	0,001 5	la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización es de 0,15%. Se presentó durante este trimestre un evento adverso, se adelanta el análisis correspondiente en el comité de seguridad del paciente, se realiza plan de mejora y se fortalecen acciones para mitigar que esto se siga presentado en las áreas de hospitalización de las sedes adscritas a la entidad.
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.	Total de personas atendidas en urgencias por 100 expresado como porcentaje (%).	1	6.902	0,000 1449	la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias es de 0,0001446% , se realiza comité de seguridad del paciente, se analiza el caso, se realiza acciones de mejora y fortalecimiento de las políticas de seguridad del paciente enfocados en la correcta administración de medicamentos a nuestros usuarios.
Tasa de úlceras por presión	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo	Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000	0	1.619	0,000 0000	La tasa de UPP en el servicio de hospitalización es de 0,0Tupp, esto en base a las actividades realizadas por el personal de atención asistencial y en los cambios posturales que se deben adoptar durante la estancia hospitalaria de nuestros usuarios para evitar las úlceras por presión.
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso	Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%)	1	6.902	0,000 1449	El porcentaje de pacientes que reingresan por el servicio de urgencias menor 72 horas es 0,0000144%, es baja a comparación de los usuarios atendidos en los servicios de urgencias de las sedes adscritas a la ESE Moreno y Clavijo, representado de esta manera pertinencia en la atención brindada.

 <p>MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 32 de 279

6.1 INFORME GESTIÓN DE CALIDAD

INTRODUCCIÓN

El Sistema Integrado de Gestión de la entidad gira en torno a la misión, visión, política de calidad, de seguridad del paciente y otras políticas, a los objetivos de calidad, y procesos de la ESE Departamental Moreno y Clavijo, documentado dicho sistema, implementándolo, manteniéndolo y mejorando continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante el monitoreo y adherencia de los procesos y subprocesos.

En la vigencia 2024 el proceso de Gestión de Calidad realiza actividades de acompañamiento a todos los procesos y subprocesos de la ESE Moreno y Clavijo referente al cumplimiento de la Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000 numeral 4.2.3 –control de documentos- y de acuerdo a lo estipulado en el procedimiento GCA-PR-001, en el cual el proceso de Gestión de Calidad cumple con la función del control y seguimiento de los documentos y formatos del SIG con el fin de lograr la estandarización y el uso correcto de los mismos; con respecto a éste requisito el proceso de calidad recibió en el segundo trimestre del 2024 se recibieron un total de 85 solicitudes provenientes de los procesos Misionales, estratégicos, evaluación y de apoyo, entre los que se solicitaba la creación, eliminación y modificación de la diversa documentación del SIG.

Las actividades ejecutadas en el proceso Gestión Calidad repercuten sobre todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la entidad. El proceso inicia con la creación o modificación de documentos y va hasta la determinación de acciones correctivas, preventivas y de mejora con su respectivo seguimiento, pasando por la realización conjunta de las Auditorias de Calidad y el control del producto / servicio No conforme, entre otras.

En aras de dar continuidad con la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de calidad de la ESE departamental de primer Nivel Moreno y Clavijo, se han desarrollado actividades con el fin de dar continuidad y mejora a los procesos Según la planeación, estableciendo mecanismos para el seguimiento y progreso del mismo, logrando finalmente que se obtengan los resultados esperados por la Alta dirección apoyada por todos los líderes de los procesos. A continuación, se dará detalle de las actividades realizadas por el proceso de Gestión de calidad.

OBJETIVO GENERAL DEL PROCESO

Diseñar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad mediante el cumplimiento de los requisitos para garantizar la mejora continua de los procesos de la entidad.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 33 de 279

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROCESO

- Mejorar el índice de satisfacción de los usuarios.
- Garantizar la infraestructura y tecnología adecuada con el fin de dar respuesta oportuna a las necesidades de los servicios de salud de la comunidad y población usuaria.
- Contar con talento humano competente y calificado impulsando la formación continua.
- Garantizar la implementación y el sostenimiento del sistema integrado de gestión a través de la articulación de MIPG Y SOGC.
- Garantizar la auto sostenibilidad financiera apoyados en el fortalecimiento de la facturación de los servicios ofertados, una adecuada gestión de cartera y adecuado manejo presupuestal.

DESARROLLO DEL INFORME

Gestión de solicitudes de creación. Modificación y eliminación de documentos y formatos del SIG

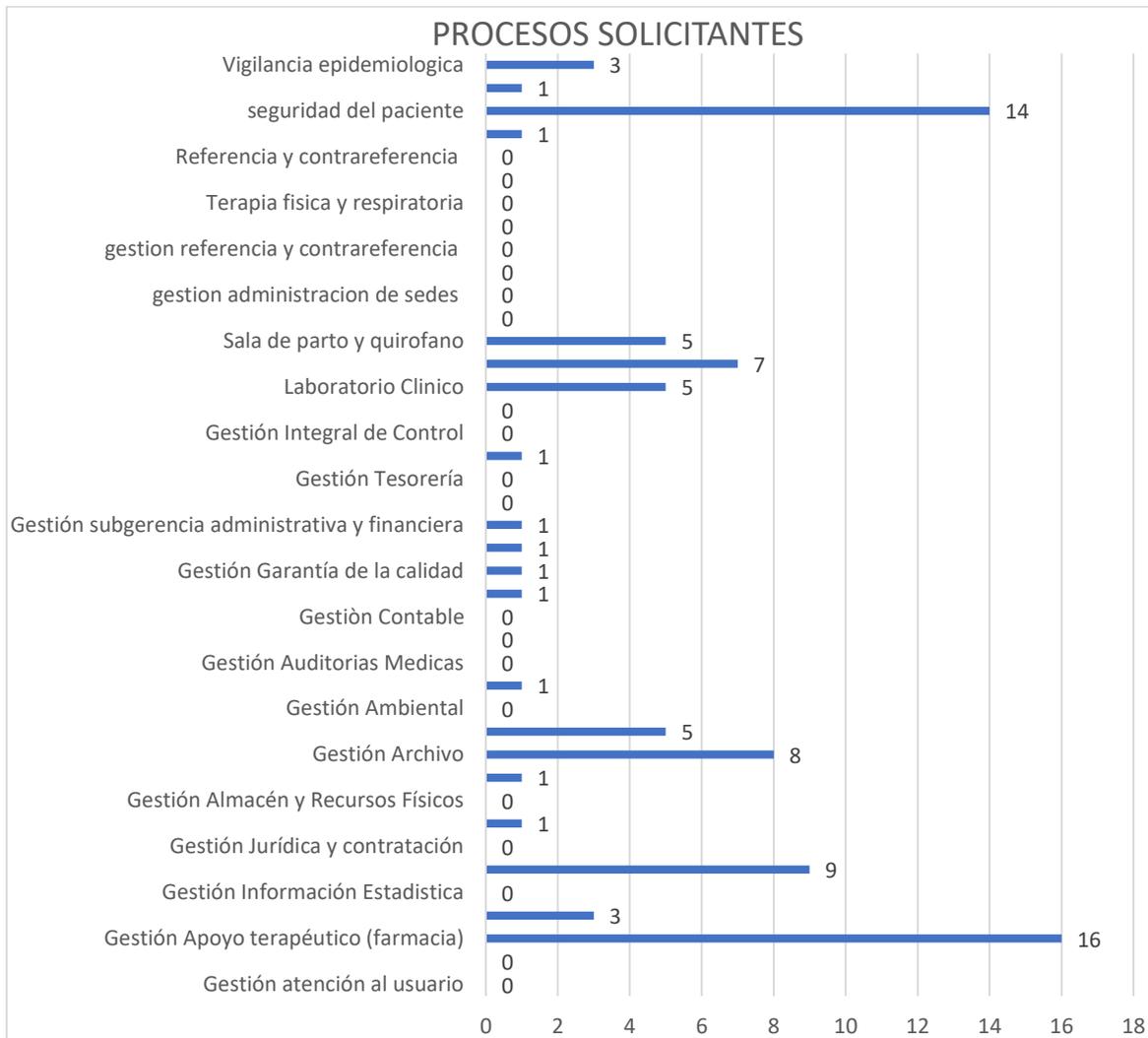
Es así como en el segundo trimestre de la vigencia 2024 se revisaron, codificaron y aprobaron un total de 85 solicitudes entre formatos, instructivos, manuales, guías, procedimientos y documentos provenientes de los diferentes procesos, de la misma manera se incluyeron dentro de los listados maestros de cada uno de los procesos correspondientes y se actualizó el archivo físico de cada uno de los procesos. Los procesos y subprocesos que requirieron hacer ajustes en la documentación, con la totalidad de solicitudes aprobadas.

RESULTADOS

Tabla N.1 Procesos Solicitantes de Creación, Modificación y Eliminación

PROCESOS SOLICITANTES	TOTAL	%
Gestión atención al usuario	0	0%
Gestión planeación	0	0%
Gestión Apoyo terapéutico (farmacia)	16	19%
Gestión equipos biomédicos	3	4%
Gestión Información Estadística	0	0%
Promoción y mantenimiento de la salud	9	11%

Gestión Jurídica y contratación	0	0%
Gestión Talento Humano	1	1%
Gestión Almacén y Recursos Físicos	0	0%
Consulta Externa	1	1%
Gestión Archivo	8	9%
Gestión Facturación	5	6%
Gestión Ambiental	0	0%
Gestión Estratégica	1	1%
Gestión Auditorias Medicas	0	0%
Gestión Cartera	0	0%
Gestión Contable	0	0%
Misionales	1	1%
Gestión Garantía de la calidad	1	1%
Gestión Calidad	1	1%
Gestión subgerencia administrativa y financiera	1	1%
Gestión Presupuesto	0	0%
Gestión Tesorería	0	0%
Gestión Información y Comunicación	1	1%
Gestión Integral de Control	0	0%
Gestión Subgerencia en Salud	0	0%
Laboratorio Clínico	5	6%
Urgencias	7	8%
Sala de parto y quirófano	5	6%
gestión sistemas y tecnología	0	0%
gestión administración de sedes	0	0%
Hospitalización	0	0%
gestión referencia y contrarreferencia	0	0%
Gestión Salud Ocupacional	0	0%
Terapia física y respiratoria	0	0%
Gestión pretransfusional	0	0%
Referencia y contrarreferencia	0	0%
Imágenes diagnosticas	1	1%
seguridad del paciente	14	16%
Gestión Documental	1	1%
Vigilancia epidemiológica	3	4%
TOTAL	85	100%

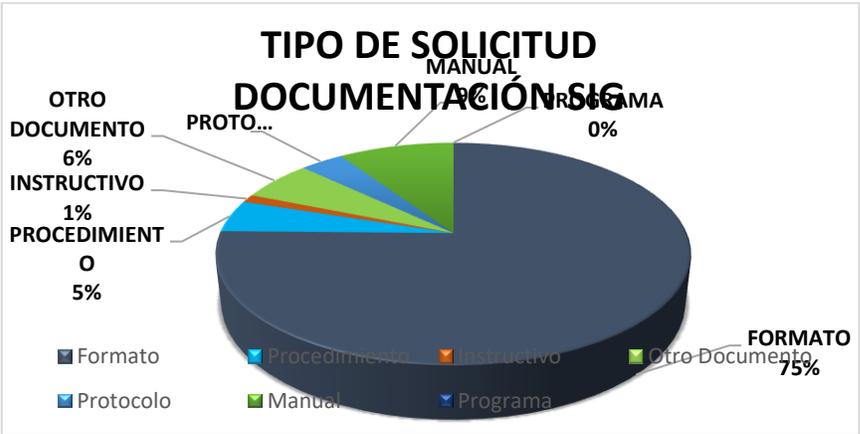


De acuerdo a la tabla anterior se puede observar que los procesos con mayor número de solicitudes son, el proceso de Farmacia y seguridad del paciente, Igualmente se evidencia que los procesos y subprocesos, gestionaron en mayor proporción el tipo de documento "formato", debido a que son documentos que se usan como herramienta fundamental para dejar registros de las actividades que se desarrollan en los diferentes procesos de la entidad.

A continuación, se refleja la tabla de solicitudes realizadas:

Tabla N.2 Tipo de Documento.

TIPO DE DOCUMENTO	TOTAL	%
Formato	64	75.29%
Procedimiento	4	4.71%
Instructivo	1	1.18%
Otro Documento	5	5.88%
Protocolo	3	3.53%
Manual	8	9.41%
Programa	0	0.00%
Guía	0	0.00%
Total, general	85	100.00%

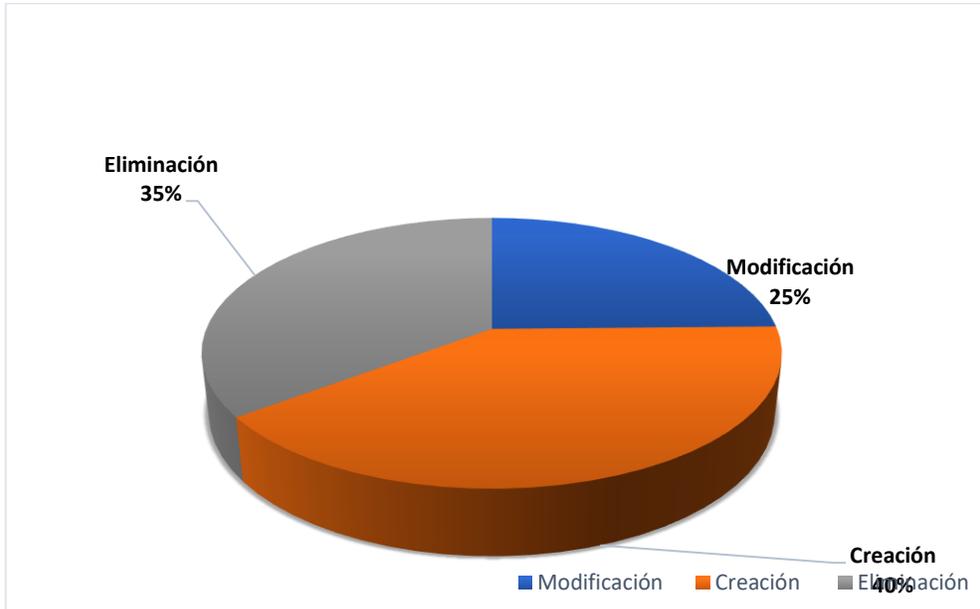


De las 85 solicitudes que fueron recibidas y gestionadas en totalidad por el proceso de Gestión de Calidad durante la vigencia del segundo trimestre del año 2023, se tramitaron un total de 64 Formatos el cual es el documento base de la estructura documental, 4 procedimientos, 5 otros documentos, protocolos 3, manuales 8, guías 0, instructivos 1 programas 0.

De la misma manera, se puede identificar los tipos de solicitudes que se presentaron durante la vigencia del año en curso, a continuación, se muestra de manera detallada la clasificación de éstas:

Tabla n.3. Tipo de Solicitud.

TIPO DE SOLICITUD	TOTAL	%
Modificación	21	25%
Creación	34	40%
Eliminación	30	35%
TOTAL	85	100%



CONCLUSIONES

Como se puede observar en la tabla anterior, el 75.29 % de las solicitudes corresponde a la creación de nuevos formatos, procedimientos 4.71%, instructivos 1,18%, manuales 9,41%, protocolo 3,53%, otro documento 5.88%, principalmente, debido a las necesidades que han detectado los líderes de proceso para fortalecer la ejecución de los mismos y con un 25% la modificación de documentos para ajustar los existentes de acuerdo a normatividad y a necesidad del proceso; se presentó el 35% solicitudes de eliminación y 40% de creación de la documentación del sistema integrado de Gestión, De forma importante se resalta el interés y compromiso de algunos líderes de procesos con el buen funcionamiento y sostenimiento del Sistema de Gestión Integrado de la entidad.

Por otra parte, según lo establecido en el procedimiento GCA-PR-001, donde se estima el desglose de las actividades para la elaboración y control de los documentos del SIG realizado por el proceso gestión de calidad; se estima la revisión por parte de Subgerencia Administrativa y financiera o la subgerencia en salud, según sea el proceso solicitante, y finalmente aprobadas por el proceso gestión estratégica en cabeza del Gerente, lo que quiere decir que las solicitudes son evaluadas por los responsables con el fin de definir si los cambios son convenientes y se ajustan realmente a las necesidades del proceso; de ésta manera es preciso aclarar que para el periodo evaluado se generó 100% de los cambios con respuesta positiva.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 38 de 279

7. INFORME DE GESTIÓN SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

II TRIMESTRE DEL 2024.

La Subgerencia Administrativa y Financiera presenta el Informe de Gestión del II Trimestre del año 2024, mostrando los avances en cada una de las áreas que la componen, realizando también el seguimiento a los indicadores correspondientes al área financiera de la ESE Moreno y Clavijo.

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

La información del presente informe, representa la gestión realizada por el área administrativa y financiera, en el segundo trimestre del 2024, donde se plasma el avance en cada uno de los procesos que la componen y se relacionan a continuación.

OBJETIVO GENERAL

Coordinar y hacer seguimiento a todos los procesos y subprocesos administrativos de la Institución integrados en el mapa de procesos, con el fin de contribuir mediante a través del desarrollo de las actividades propias con eficacia y eficiencia contribuyendo con la mejora continua de esta entidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Consolidar el desempeño, logros y dificultades por cada uno de los procesos y subprocesos que componen la Subgerencia Administrativa y Financiera.
- ❖ Dar a conocer los avances logrados en los indicadores de gestión de los procesos y subprocesos de la Subgerencia Administrativa y Financiera para el segundo trimestre del año 2024.
- ❖ Realizar un análisis comparativo que permita establecer la trazabilidad en la información, indicadores y resultados de la gestión.
- ❖ Medir el alcance de la gestión y formular alternativas que apunten al mejoramiento continuo de nuestra entidad.

ALCANCE DEL INFORME

El informe comprende los avances, datos, objetivos, necesidades y logros alcanzados durante el segundo trimestre del año 2024. Los procesos y subprocesos realizan un análisis detallado de los informes de gestión.

7.1 INFORME SUBPROCESO GESTIÓN CONTABILIDAD.

ANÁLISIS SITUACION FINANCIERA

A continuación, se muestra la composición a nivel clase, grupo y cuenta del activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos y costos a junio de 2024, así como un análisis comparativo en cifras de pesos.

ACTIVO.

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

GRAFICO No. 1.

COMPOSICION DEL ACTIVO



Según el Grafico No. 1, las cuentas más representativas del activo son la cuenta 16 Propiedades Planta y Equipo con un 34,4% y la cuenta 13 Cuentas por Cobrar con un 40.7%.

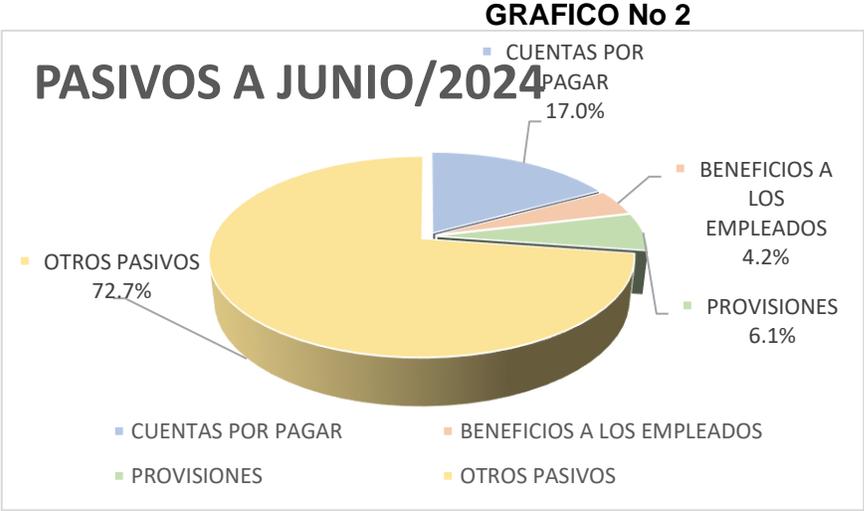
CUADRO N° 1 ANALISIS HORIZONTAL DEL ACTIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/06/2023	SALDO 30/06/2024	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
1	ACTIVO	67.212.118.250,64	99.983.113.497,20	32.770.995.246,56	48,76%
11	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	4.169.241.785,99	10.451.265.768,56	6.282.023.982,57	150,68%
13	CUENTAS POR COBRAR	19.143.745.863,88	41.203.606.442,33	22.059.860.578,45	115,23%
15	INVENTARIOS	8.129.951.838,99	7.983.125.495,72	- 146.826.343,27	-1,81%
16	PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPO	32.619.219.115,56	34.064.311.393,54	1.445.092.277,98	4,43%
19	OTROS ACTIVOS	3.149.959.646,22	6.280.804.397,05	3.130.844.750,83	99,39%

Según el gráfico No.1 y el cuadro N. 1, existe una variación absoluta positiva del total **ACTIVOS** en \$ 31.899.388.496,56 y una variación relativa del 47.46%.

Se observa en el Cuadro No. 1 que las variaciones más representativas están en el grupo **Efectivo y Equivalentes al Efectivo** con 150.68%, resultado de los giros de las Resoluciones por el ministerio de salud para pago de pasivos, Equipos básicos, PAPSIVI y adecuaciones menores de los puestos de salud y adecuación del Hospital San Francisco de Fortul.

PASIVO

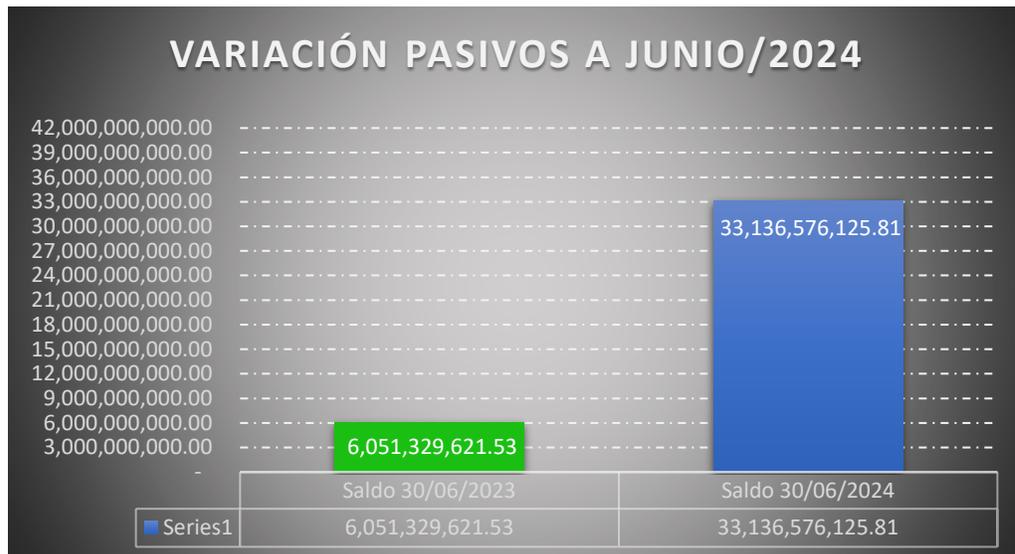
El pasivo de la ESE Moreno y Clavijo está representado por las obligaciones ciertas o estimadas como consecuencia de hechos pasados en desarrollo de sus funciones de cometido estatal.



Según el Grafico No. 2 las cuentas más representativas del Pasivo son los grupos 29 correspondiente a Otros Pasivos con 72.7%. El grupo 24 correspondiente a Cuentas por Pagar con 17% y Provisiones a 6.1 %.

GRAFICO No. 3

COMPARATIVO DEL PASIVO



El Grafico No. 3 muestra un Aumento de pasivos entre los periodos comparados, equivalente a \$ 27.085.246.504,28

CUADRO N° 2 ANALISIS HORIZONTAL DEL PASIVO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/06/2023	SALDO 30/06/2024	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
2	PASIVOS	6.051.329.621,53	33.136.576.125,81	27.085.246.504,28	447,59%
23	PRESTAMOS POR PAGAR	45.889.985,00	-	- 45.889.985,00	-100,00%
24	CUENTAS POR PAGAR	2.349.112.624,38	5.645.310.444,59	3.296.197.820,21	140,32%
25	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	810.031.391,44	1.382.464.075,00	572.432.683,56	70,67%
27	PROVISIONES	2.065.744.635,00	2.030.223.355,00	- 35.521.280,00	-1,72%
29	OTROS PASIVOS	780.550.985,71	24.078.578.251,22	23.298.027.265,51	2984,82%

En el Cuadro No. 2 se observa un análisis horizontal a nivel de grupo de las cuentas que componen el pasivo de la ESE Moreno y Clavijo, existe una disminución en préstamos por pagar, lo anterior ya que se pagó en su totalidad el crédito con la entidad de IDEAR.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 42 de 279

En las cuentas por pagar el aumento representativo se debe al principio de causalidad de las cuentas de honorarios y servicios técnicos. La diferencia en la cuenta de otros pasivos es por las subvenciones condicionadas por el Ministerio de Salud.

PATRIMONIO

El patrimonio de la ESE Moreno y Clavijo está representado por los bienes y derechos, deducidas las obligaciones para cumplir con las funciones de su cometido estatal. En el siguiente se observa un análisis horizontal a nivel de cuentas que componen el Patrimonio de la ESE Moreno y Clavijo



INGRESOS

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

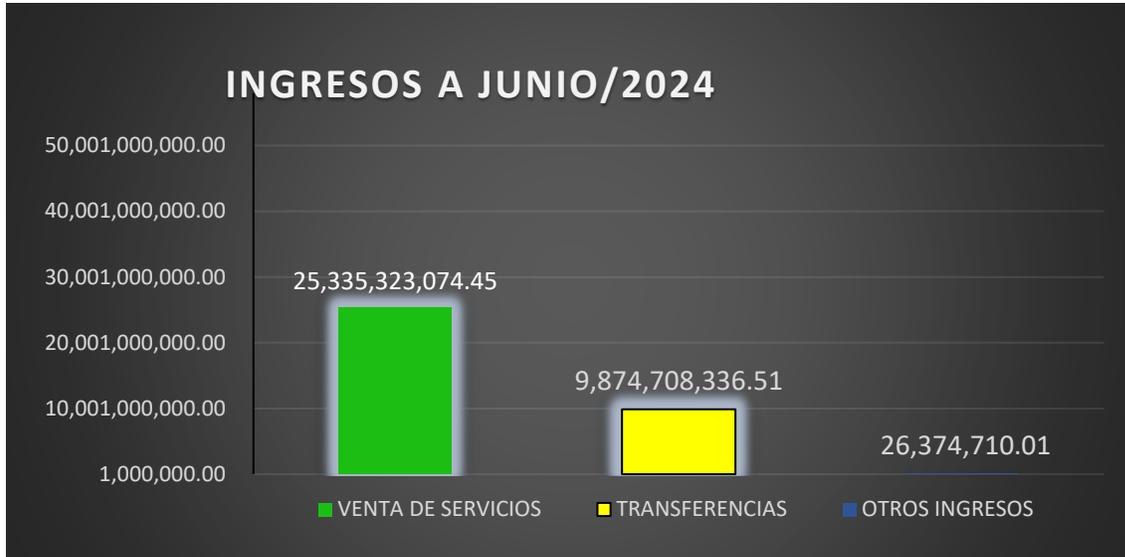


GRAFICO No. 4

CUADRO N° 4 ANALISIS HORIZONTAL DEL INGRESO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/06/2023	SALDO 30/06/2024	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
4	INGRESOS	20.654.663.588,90	35.236.406.120,97	14.581.742.532,07	70,60%
43	VENTA DE SERVICIOS	20.649.321.243,00	25.335.323.074,45	4.686.001.831,45	22,69%
44	TRANSFERENCIAS	-	9.874.708.336,51	9.874.708.336,51	0,00%
48	OTROS INGRESOS	5.342.345,90	26.374.710,01	21.032.364,11	393,69%

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

GASTOS Y COSTOS

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

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

GRAFICO No. 5



CUADRO N° 5 ANALISIS HORIZONTAL DEL COSTO Y GASTO A NIVEL GRUPO					
CODIGO CONTABLE	NOMBRE CUENTA CONTABLE	SALDO 30/06/2023	SALDO 30/06/2024	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
5	GASTOS	6.793.450.387,99	15.947.621.444,97	9.154.171.056,98	134,75%
51	ADMINISTRACION N	6.783.221.630,99	15.203.571.031,67	8.420.349.400,68	124,13%
53	DETERIORO, DEPRECIACIONES, AM	-	-	-	0,00%
58	OTROS GASTOS	10.228.757,00	744.050.413,30	733.821.656,30	7174,10%
6	COSTOS DE VENTAS	11.565.393.063,78	15.014.378.993,62	3.448.985.929,84	29,82%
63	COSTOS DE VENTAS DE SERVICIO	11.565.393.063,78	15.014.378.993,62	3.448.985.929,84	29,82%

Según el Cuadro No. 5, las cuentas más representativas entre el costo y gasto son las cuentas 51 Administración N, el Aumento en un 124.13% equivalente a una variación \$ 8.420.349.400,68 corresponden a salarios - contribuciones afectivas, Gastos de materiales y Gastos generales.

RESULTADOS DE ACTIVIDAD FINANCIERA DEL 30/03/2024 AL 30/06/2024

GRAFICO No. 6
(Cifras en miles \$)



 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 46 de 279

INDICADOR	FORMULA	CALCULO	RESULTADO	ESE MORENO Y CLAVIJO
CAPITAL DE TRABAJO	ACTIVO CTE - PASIVO CTE	62.030.450.598,10	30.052.491.077	En la medida en que los pasivos corrientes sean menores a los activos corrientes la salud financiera de la empresa para hacer frente a las obligaciones al corto plazo es mayor.
		31.977.959.520,81		
INDICADOR	FORMULA	CALCULO	RESULTADO	ESE MORENO Y CLAVIJO
INDICE DE LIQUIDEZ	ACTIVO CTE	62.030.450.598,10	1,94	Entre más alto (mayor a 1) sea el resultado, más solvente es la empresa, tiene mayor capacidad de hacer frente a sus obligaciones o mejorar su capacidad operativa si fuere necesario. Por cada peso que se adeuda se tiene disponible 1,94 pesos para cubrir aquella obligación.
	PASIVO CTE	31.977.959.520,81		
INDICADOR	FORMULA	CALCULO	RESULTADO	ESE MORENO Y CLAVIJO
PRUEBA ACIDA	ACTIVOS CTE - INVENTARIOS	54.047.325.102,38	1,69	Es un índice de solvencia más exigente en la medida en que se excluyen los inventarios del activo corriente. (Activo corriente – Inventarios)/pasivo corriente. Significa que la empresa cuenta con 1,69 veces con los recursos necesarios para hacer frente y responder a sus deudas y pasivos.
	PASIVO CORRIENTE	31.977.959.520,81		
INDICADOR	FORMULA	CALCULO	RESULTADO	ESE MORENO Y CLAVIJO
RAZON DE ENDEUDAMIENTO	PASIVO TOTAL	34.008.182.875,81	34,31%	Mide la proporción de los activos que están financiados por terceros. Lo anterior quiere decir que dicha empresa financia el 34,31% de su actividad con fondos ajenos y el 65,69% con recursos propios.
	ACTIVO TOTAL	99.111.506.747,20		

Notas:

- Para efectos del presente informe de gestión no se medirán los indicadores de Rentabilidad sobre el activo y patrimonio por cuanto su medición solo es anual.
- Las cifras reportadas en el presente informe de gestión están sujetas a cambio por cuanto los estados financieros no están en firme hasta tanto no sean emitidos y dictaminados y se encuentren certificados los cargues a los entes de vigilancia y control

7.2 INFORME SUBPROCESO GESTION TESORERIA.

INTRODUCCION

En el Informe que se presenta a continuación, se da a conocer los movimientos de la Tesorería de la entidad, realizados durante el segundo Trimestre de la vigencia 2024, con base en las labores realizadas en la dependencia en el aspecto del manejo del registro de los ingresos de los recursos de las ventas de servicios de salud y el giro de los mismos para el pago de los diferentes gastos administrativos y de operación que se ejecutaron durante este periodo, bajo los principios de honestidad, responsabilidad y compromiso.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 47 de 279

INGRESOS:

Los recursos ingresados a la entidad en el Segundo Trimestre de la presente vigencia, corresponden a la venta de salud a crédito, de contado y asignación de Recursos de Nivel Nacional lo cual ascendió a un valor de \$ **12.272.816.241.76** los cuales están registrados en 396 Recibos de Caja.

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS

DETALLE	VALOR
REGIMEN SUBSIDIADO	9,586,290,765.00
VENTA DE SERVICIOS A PARTICULARES	31,409,984.00
OTRAS VENTAS SERVICIOS DE SALUD	2,226,349.00
RECAUDO CUOTA MODERADORA	2,728,500.00
REGIMEN ESPECIAL	34,504,809.00
REGIMEN CONTRIBUTIVO	60,289,756.00
COOPAGOS	1,146,600.00
RIESGOS Y SOAT	137,689,578.00
CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS ALCALDIAS	361,112,330.75
ANTICIPOS FONDO DEPAL DE SALUD	187,332,000.00
RENDIMIENTOS FINANCIEROS RSOS PROPIOS	1,004,255.21
RENDIMIENTOS FINANCIEROS OTROS	6,647,751.33
RECUPERACION INCAPACIDADES	3,378,403.00
CONSIGNACIONES POR CLASIFICAR	74,660,712.46
SUBSIDIO A LA OFERTA	1,036,623,194.00
I.P.S PRIVADAS - EVENTOS	59,941,674.00
TRANSFERENCIA DE LA NACION RECURSOS EN ADMINISTRACION	684,274,750.00
RECUPERACION MOVIMIENTOS FINANCIEROS	1,554,830.01
TOTAL INGRESOS	12,272,816,241.76

Durante este trimestre se evidencio el ingreso del Subsidio a la Oferta por parte de la Unidad Administrativa Especial de Salud y los anticipos de los Equipos Básicos Municipales.

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 48 de 279

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

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

EGRESOS:

Durante el periodo de abril a junio de 2024, se registraron 3.650 egresos correspondientes a obligaciones de la entidad con clientes internos y externos por un valor de **\$ 18, 338, 590,474.45**

Por los siguientes conceptos:

DETALLE	VALOR
PROVEDOR DE BIENES	3,821,861,317.97
PROVEDOR DE SERVICIOS	1,708,949,603.15
HONORARIOS	6,193,282,837.50
SERVICIOS TECNICOS	2,869,034,543.00
NOMINA	2,296,915,856.03
VACACIONES	25,490,919.00
PRIMA DE SERVICIOS	23,360,381.00
PRIMA DE NAVIDAD	8,850,417.00
PRIMA DE VACACIONES	27,959,439.00
BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	8,125,075.00
INDEMNIZACION VACACIONES	5,864,622.00
CESANTIAS	29,716,866.00
INTERESES A LAS CESANTIAS	1,341,391.00
PARAFISCALES	202,688,700.00
APORTE FONDOS PENSIONALES PATRON	268,694,325.00
APORTE FONDOS PENSIONALES EMPLEADO	89,564,775.00
FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL	4,265,200.00
APORTES SALUD PATRONO	192,197,763.00
APORTES SALUD EMPLEADO	89,378,537.00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES	46,708,200.00
LIBRANZAS	71,569,588.77
REINTEGRO DE VIATICOS	18,707,507.00
CUOTAS DE FISCALIZACION	12,165,026.00
TASAS DE FISCALIZACION	34,989,985.00
INTERESES DE MORA NOMINA	1,790,000.00
SENTENCIAS	64,320,160.00
BONIFICACION POR RECREACION	3,069,495.00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 49 de 279

IMPUESTOS	175,222,458.83
SERVICIOS PUBLICOS	6,431,373.00
DESCUENTO SINDICAL	14,414,553.20
DEV RENDIMIENTOS FINANCIEROS ENTIDADES NACIONALES	12,550,260.00
RIESGOS PROFESIONALES CONTRATISTAS	6,789,300.00
APORTES Y AUXILIOS SINDICALES	2,320,000.00
TOTAL, EGRESOS	\$18,338,590,474.45

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

3650 corresponden a pagos realizados

3686 corresponde a pagos programados

El Indicador se cumplió en un 99.02%, lo anterior considerando que del total de las cuentas por pagar faltó por cancelar dentro del trimestre (36) cuentas de proveedores Y servicios públicos.

Es importante resaltar la prioridad que la administración le da a los pagos personal tanto de Nomina como de Contrato de Prestación de Servicios. Durante el segundo trimestre la administración realizó los pagos de los meses de marzo, abril y mayo de 2024.

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

7.3 INFORME SUBPROCESO GESTIÓN PRESUPUESTO.

BALANCE PRESUPUESTAL II TRIMESTRE 2024

El balance presupuestal del II trimestre del año 2024, presenta una apropiación inicial de **\$44.807.954.465**, con unas Adiciones totales de **\$ 29.936.087.935**, unas reducciones de **\$ 248.296.443,00** para un presupuesto definitivo de **\$74.495.745.957**.

Cuadro 1 Modificaciones y traslados al presupuesto

Ingreso

APROPIACION INICIAL	CREDITOS	DEBITOS	ADICIONES	REDUCCIONES	DEFNITIVO
44.807.954.465	0	0	29.936.087.935	248.296.443	74.495.745.957

Las adiciones al presupuesto están asociadas con recursos del balance de la vigencia anterior, adiciones de Disponibilidad Inicial de la vigencia 2023, que comprenden recursos propios, aporte de la nación e inversiones de la vigencia anterior.

BALANCE PRESUPUESTAL DE JUNIO 2024

BALANCE DE INGRESOS

Cuadro 3 Balance de Ejecución de Ingresos

Vales en miles

CPNCEPT	P	APROPIADO	RECONOCIDO	% EJE	RECAUDADO	% EJE	CXC	
DISPONIBILIDAD INICIAL	1	2,13%	1.586.480	1.586.480	100%	1.586.480	100%	-
RECURSOS PROPIOS			541.144	541.144	100%	541.144	100%	-
DESTINACION ESPECIFICA			1.045.336	1.045.336	100%	1.045.336	100%	-
INGRESOS CORRIENTES	2	97,87%	72.907.946	46.843.851	64%	38.010.593	81%	8.833.258
VENTA DE SERVICIOS CTE			39.851.272	25.939.342	65%	17.106.084	66%	8.833.258
VENTAS CXC			1.793.238	1.327.386	74%	1.327.386	100%	-
APORTES DPTO O NACION			9.922.418	9.922.418	100%	9.922.418	100%	-
SUBVENCIONES			21.341.018	9.654.705		9.654.705	100%	-
RECURSOS DE CAPITAL	3	0,002%	1.320	10.076	763%	10.076	100%	-
RENDIMIENTOS FINANCIEROS CUENTAS DE AHORRO			1.320	1.637	124%	1.637	100%	-
RECUPERACIONES			-	8.439		8.439	100%	-
INGRESOS TOTALES		100,0%	74.495.746	48.440.406	65%	39.607.149	82%	8.833.258
SUBTOTAL R PROPIOS		56,6%	42.186.975	27.817.947	66%	18.984.690	68%	8.833.258
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA		43,4%	32.308.771	20.622.459	100%	20.622.459	100%	-

Del total de los ingresos apropiados un **2.13%** corresponde a la disponibilidad inicial un **97.87%** a ingresos corrientes y un **0.002%** a recursos de capital por rendimientos financieros.

Del total de la disponibilidad inicial **\$541.144** millones corresponden a recursos propios y **\$1.045.336** millones a recursos de destinación específica para inversión en proyecto del hospital de Cravo norte y Recursos del ministerio destinado para PAPSIVI.

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

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

La distribución por recurso muestra una participación del **56.6%** para los ingresos propios y un **43.4%** para los ingresos de destinación específica.

EJECUCION DE INGRESOS

El balance de ejecución presupuestal del reconocimiento presenta un acumulado total del **65%** con un recaudo efectivo del **82%**.

En lo que respecta a la ejecución por tipo de recurso los ingresos propios alcanzan una ejecución del **66%**, con un recaudo efectivo del **68%** y los recursos de destinación específica un **\$100%** con un recaudo efectivo del **100%**.

VARIACION ANUAL DE LOS INGRESOS

El Recaudo de los ingresos presenta una variación positiva del **70%** respecto de la vigencia 2023, esta variación está relacionada especialmente con las transferencias corrientes en

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 51 de 279

cuanto aportes de la nación y subvenciones, se muestra una disminución del 44% de la disponibilidad inicial y una leve disminución del 3% en la venta de servicios.

Cuadro 3 Variación Anual recaudo

Val en miles

INGRESOS	2023	2024	VAR
DISPONIBILIDAD INICIAL	2.821.229	1.586.480	-44%
INGRESOS CORRIENTES	20.474.448	38.010.593	86%
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	18.922.278	18.433.470	-3%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.552.170	19.577.123	100%
APORTES NACION	-	9.922.418	100%
SUBVENCIONES	1.552.170	9.654.705	522%
RECURSOS DE CAPITAL	3.517	10.076	187%
RENDIMIENTOS FINANCIEROS CUENTAS DE AHORRO	3.416	1.637	-52%
RECUPERACIONES	100,528	8439	100%
TOTALES	23.299.194	39.607.149	70%

El recaudo de los ingresos aumento respecto de la vigencia anterior, este aumento estuvo asociado especialmente por aportes de la nación en cuanto a adecuaciones menores de los puestos de salud, adecuación de infraestructura física del Hospital San Francisco de Fortul, subvenciones especialmente recursos del ministerio para equipos básicos en salud.

EJECUCION DE GASTOS

El balance presupuestal del II trimestre del año 2024, presenta una apropiación inicial de **\$44.807.954.465**, con unas Adiciones totales de **\$ 29.936.087.935**, una reducción de **\$248.296.443**, unos traslados de **\$8.407.743.049**, para un presupuesto definitivo de **\$74.495.745.957**.

Cuadro 2 Modificaciones y traslados al presupuesto

Gasto

APROPIACION INICIAL	CREDITOS	DEBITOS	ADICIONES	REDUCCIONES	DEFNITIVO
44.807.954.465	8.407.743.049	8.407.743.049	29.936.087.935	248.296.443	74.495.745.957

El presupuesto de gastos al igual que el ingreso, presenta una apropiación definitiva de **\$74.495.745.957**, con una participación del **55%** para gastos de funcionamiento, un **6%** para gastos de operación y producción, y un **39%** para gastos de inversión.

BALANCE DE GASTOS

Cuadro 6 Balance Ejecucion de gastos

CONCEPTO		P	APROPIADO	COMPROM	% EJE	PAGOS	% EJE	CXP
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO		1	41.012.997	28.403.375	69%	16.766.936	59%	11.636.439
..GASTOS DE PERSONAL		8%	5.770.027	2.518.284	44%	2.078.892	83%	439.393
..GASTOS DE PERSONAL CXP		0%	-	-	0%	-	0%	0
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS		45%	33.262.534	24.400.668	73%	13.375.627	55%	11.025.041
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP		2%	1.213.096	1.213.096	100%	1.076.612	89%	136.484
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES		1%	650.000	199.841	31%	164.320	0%	35.521
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP		0%	-	-	0%	-	0%	0
..GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES		0%	117.340	71.485	61%	71.485	100%	0
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA		2	-	-	0%	-	0%	-
GASTOS DE INVERSION		3	29.258.771	20.352.391	70%	10.115.775	50%	10.236.616
..Adquisicion de Bienes y Servicios		39%	28.986.088	20.079.708	69%	10.115.775	50%	9.963.933
..Adquisicion de Bienes y Servicios CXP		0%	272.683	272.683	100%	-	0%	272.683
..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION		6%	4.223.978	3.999.756	95%	2.386.790	55%	1.612.967
..Adquisicion de Bienes y Servicios		5%	3.779.582	3.555.360	94%	1.957.729	55%	1.597.631
..Adquisicion de Bienes y Servicios CXP		1%	444.396	444.396	100%	429.061	97%	15.336
TOTALES		100%	74.495.746	52.755.523	71%	29.269.501	55%	23.486.021
SUBTOTAL R PROPIOS		57%	42.186.975	31.458.007	75%	18.208.601	58%	13.249.405
SUBTOTAL DESTINACION ESPECIFICA		43%	32.308.771	21.297.516	66%	11.060.900	52%	10.236.616

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

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

Así mismo dentro de los gastos de funcionamientos para la vigencia 2024, están relacionados la adquisición de bienes y servicios, transferencias corrientes, y gastos por tributos, multas y sanciones, estos rubros obedecen a la adquisición de bienes y servicios directos para la prestación del servicio (insumos médicos, alimentación a pacientes y compra de servicios para la prestación incluida la adquisición de bienes y servicios para la ejecución de convenios interadministrativos suscritos con las entidades territoriales para las actividades de salud pública).

El balance de gastos tal como se refleja en el cuadro 6, arroja una ejecución total del **71%**, respecto de la apropiación definitiva, a su vez los compromisos reflejan una ejecución en pagos del **55%**.

Los gastos de funcionamiento presentan una ejecución del **69%** con una ejecución en pagos del **59%**, Los gastos de inversión presentan una ejecución del **70%** con una ejecución en pagos del **50%**.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 53 de 279

El balance final arroja unas cuentas por pagar totales por valor de \$ **23.486.021** millones, de los cuales, un 56% corresponden a recursos propios y un 44% a destinación específica tal como se detalla a continuación.

CUENTAS POR PAGAR

Cuadro 7 Detalle de las Cuentas por pagar

CONCEPTO	CXP	Fuente de Financiación	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	11.636.439	11.636.439	0
..GASTOS DE PERSONAL	439.393	439.393	0
..GASTOS DE PERSONAL CXP	0	0	0
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	11.025.041	11.025.041	0
..ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS CXP	136.484	136.484	0
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES	35.521	35.521	0
..TRANSFERENCIAS CORRIENTES CXP	0	0	0
..GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES	0	0	0
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	-	-	-
GASTOS DE INVERSION	10.236.616	-	10.236.616
..Adquisicion de Bienes y Servicios	9.963.933	-	9.963.933
..Adquisicion de Bienes y Servicios CXP	272.683	-	272.683
..GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	1.612.967	1.612.967	-
..Adquisicion de Bienes y Servicios	1.597.631	1.597.631	-
..Adquisicion de Bienes y Servicios CXP	15.336	15.336	-
TOTALES	23.486.021	13.249.405	10.236.616
		56%	44%

Con respecto a la variación anual de gastos, para el II trimestre de 2024, La ejecución de los gastos comprometidos comparados con el año anterior, presentan un aumento del 73%, este aumento está relacionado directamente con los gastos inversión en cuanto a adecuaciones menores de los puestos de salud, adecuación de infraestructura física del Hospital San Francisco de Fortul, subvenciones especialmente recursos del ministerio para equipos básicos en salud

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 54 de 279

.VARIACION ANUAL DE LOS GASTOS

Cuadro 8 Variación Gastos comprometidos

Val en miles

GASTOS	2023	2024	VAR
FUNCIONAMIENTO	25.267.828	28.403.375	12%
GASTOS DE PERSONAL	2.212.784	2.518.284	14%
PLANTA DE PERSONAL PERMANENTE	2.212.784	2.518.284	14%
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	22.982.250	25.613.764	11%
ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	153.584	271.947	77%
ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	22.828.666	25.341.817	11%
MATERIALES Y SUMINISTROS	3.584.010	3.127.074	-13%
ADQUISICION DE SERVICIOS	19.244.656	22.214.743	15%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	-	199.841	100%
GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	72.794	71.485	-2%
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	62.016	-	-100%
INVERSION	1.824.853	20.352.391	1015%
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	1.824.853	20.352.391	1015%
ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	272.683	367.479	35%
ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	1.552.170	19.984.913	1188%
MATERIALES Y SUMINISTROS	51.607	541.452	949%
ADQUISICION DE SERVICIOS	1.500.563	19.443.461	1196%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL	3.318.277	3.999.756	21%
GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	3.318.277	3.999.756	21%
MATERIALES Y SUMINISTROS	2.944.378	3.470.748	18%
ADQUISICION DE SERVICIOS	373.899	529.008,50	41%
TOTALES	30.472.975	52.755.523	73%

EVALUACION DE INDICADORES DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL

- EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO**

El resultado arrojado en el ejercicio del II trimestre 2024, muestra que los ingresos están por debajo de los gastos, esto se debe a que, durante este periodo, se comprometieron los gastos de inversión aumentando el gasto considerablemente, así mismo, el personal de contrato y OPS se comprometieron hasta el mes de septiembre y los gastos de operación se encuentra con un compromiso hasta el mes de julio de 2024.

Cuadro 9 Equilibrio presupuestal con reconocimiento

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 55 de 279

Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento	Valores	Resultado	Equilibrio
Total, Reconocimientos (ingreso)	48.440.406	-	
Total, Compromisos (gastos)	52.755.523	4.315.116	0,92

• EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este indicador muestra un déficit fiscal, pues los ingresos por concepto de recaudo No cubren los gastos comprometidos en el tercer trimestre, debido a que se aumentaron los gastos de funcionamiento hasta el mes de septiembre, inversión hasta el mes de noviembre y de operación se encuentran con un compromiso hasta julio de 2024, por lo que para este trimestre los gastos superaron los ingresos.

Cuadro 10 Equilibrio presupuestal con recaudo

Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor	Resultado	Equilibrio
Total, Recaudos (ingreso)	39.607.149	-	
Total, Compromisos (gastos)	52.755.523	13.148.374	0,75

CONCLUSIONES

Para el II trimestre del año 2024 se presenta un aumento de los gastos de funcionamiento, inversión y gastos de operación, por lo que se presenta un déficit fiscal en cuanto a los indicadores de Recaudo frente al compromiso total del periodo objeto de evaluación, se recomienda realizar austeridad del gasto en los próximos trimestres.

7.4 INFORME SUBPROCESO GESTIÓN FACTURACIÓN.

CONTRATACIÓN.

Para el Segundo Trimestre de 2024 con corte 30 de junio de 2024, se presentan los estados contractuales con las siguientes entidades:

- Se realiza negociación con la EPS Sanitas para la vigencia 2024 de la Cápita y el Evento, mediante acta se llegó acuerdo de incremento en evento de 9.73% y evento un aumento del 5%.
- Se realiza negociación con la Nueva EPS para la vigencia 2024 de la Cápita y el Evento, mediante acta se logra un incremento del 12.73% en cápita y evento se realizará ajuste en septiembre que vence contrato suscrito.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 56 de 279

- Policía nacional se realizó reunión para iniciar el proceso de contratación
- Contrato con Positiva con valor Soat Especial (+25%) prórroga automática.
- Contrato con Capresoca en negociación, no se ha podido llegar a ningún acuerdo con esta eps.
- Se realiza contrato para la vigencia 2024 por modalidad evento por valor de
- Se realiza los acercamientos con la EPS Coosalud para pactar tarifas de la vigencia 2024 de la Cápita y el Evento, mediante acta no se llegó a ningún acuerdo por las partes.
- Contrato PIC con Alcaldía de Tame por valor de \$308.923.837,50
- Contrato PIC con Alcaldía de Puerto Rondón por valor de \$204.528.381,80
- Contrato PIC con Alcaldía de Fortul por valor de \$269.737.372,00
- Contrato PIC con Alcaldía de Cravo Norte por valor de \$327.991.467,60
- Contrato PIC con Alcaldía de Departamental (Unidad Administrativa Especial de Salud) por valor de \$624.440.000,00

FACTURACIÓN GENERADA DURANTE EL II TRIMESTRE DE 2024

La facturación acumulada para el segundo trimestre del 2024 fue el siguiente:

FACTURACION GENERADA POR REGIMEN

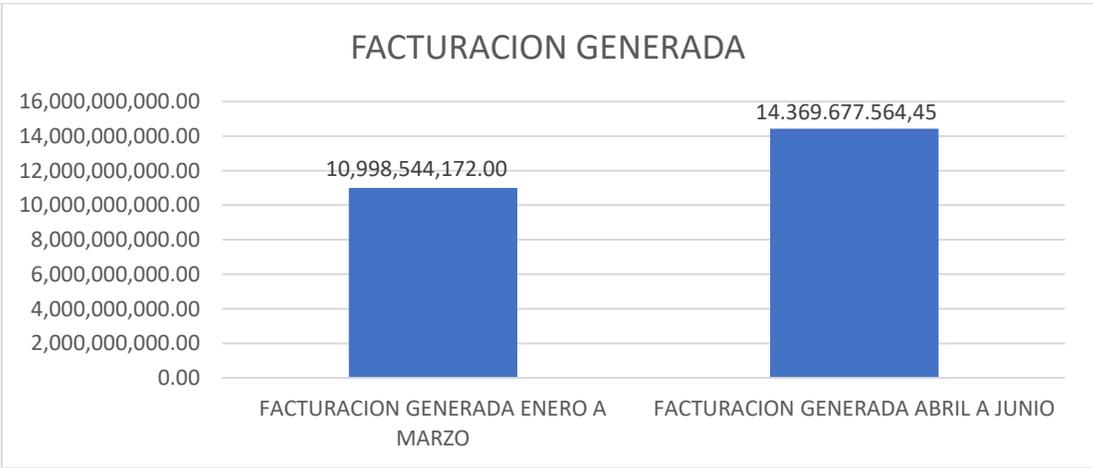
A continuación, se detalla la facturación generada por cada régimen.

Tabla 1. Facturación Generada A corte 30 de junio de 2024 por Régimen

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO						
FACTURACION GENERADA POR REGIMENES A CORTE 30 DE JUNIO 2024						
DEPARTAMENTO DE FACTURACION						
REGIMEN	FACTURACIÓN GENERADA DE ABRIL A JUNIO		FACTURACION GENERADA ENERO A JUNIO 2024			
	CAPITA	EVENTO	CAPITA	EVENTO	TOTAL	%
ARL	-	26.455.984,00	0,00	40.668.743,00	40.668.743	0,2%
CONTRIBUTIVO	436.407.665,00	693.304.795,00	707.241.870,00	1.133.295.798,00	1.840.537.668	7,3%
ESPECIAL	-	59.359.537,00	0,00	103.808.587,00	103.808.587	0,4%
IPS PRIVADAS	6.545.754,00	40.658.184,00	15.948.240,00	142.665.081,00	158.613.321	0,6%
PLAN DE INTERVENCIONES	-	154.334.219,45	0,00	154.334.219,45	154.334.219	0,6%
MAGISTERIO	-	160.881.795,00	0,00	160.881.795,00	160.881.795	0,6%
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	-	499.103,00	0,00	1.075.503,00	1.075.503	0,0%
PARTICULARES	-	24.964.539,00	0,00	51.999.214,00	51.999.214	0,2%
RECLAMACIONES ADRES	-	42.086.455,00	0,00	120.257.249,00	120.257.249	0,5%
SALUD PÚBLICA	-	-	0,00	36.829.512,00	36.829.512	0,1%
SOAT	-	325.148.747,00	0,00	641.794.085,00	641.794.085	2,5%
SUBSIDIADO	8.808.899.010,00	3.145.722.102,00	15.963.586.415,00	5.428.005.155,00	21.391.591.570	84,3%
VINCULADO	-	444.409.675,00	0,00	664.200.490,00	664.200.490	2,6%
TOTAL	9.251.852.429,00	5.117.825.135,45	16.686.776.525,00	8.679.815.431,45	25.366.591.956	100%

Fuente: Consolidado Facturación Generada A corte 30 de junio de 2024.

De acuerdo a la tabla No. 1, se presentó de la siguiente manera la facturación para el trimestre de abril a junio por valor de **\$14.369.677.564,45** y una facturación para el semestre de enero a junio por valor de **\$25.366.591.956**, teniendo en cuenta que la facturación más representativa fue a cargo de él régimen subsidiado con el 84.3%, seguidamente tenemos al régimen Contributivo con un 7.3%, Vinculado con un 2.6%, Soat con un 2.5% siendo estas las empresas más representativas porcentualmente.



 MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> <small>NIT: 900.304.131 - 8</small>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 58 de 279

FACTURACION POR HOSPITAL A CORTE 30 DE JUNIO DE 2024.

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

Tabla 2. Facturación Generada por Unidad Asistencial a corte 30 de junio de 2024

ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO			
FACTURACION GENERADA A 30 DE JUNIO 2024			
CODIGO	HOSPITAL	TOTAL FACTURACION GENERADA 2024	%
1	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	\$ 1.428.505.228,45	6%
2	CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUQUITA	\$ 529.962.710,85	2%
3	SAN ANTONIO DE TAME	\$ 8.748.549.767,55	34%
4	SAN FRANCISCO DE FORTUL	\$ 3.933.436.947,00	16%
5	SAN JOSE DE CRAVO NORTE	\$ 1.208.098.256,00	5%
6	SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	\$ 1.359.771.654,00	5%
7	SAN LORENZO DE ARAUQUITA	\$ 6.335.170.125,60	25%
8	SAN RICARDO PAMPURI	\$ 1.444.601.535,55	6%
9	ESE MORENO Y CLAVIJO	\$ 378.495.731,45	1%
TOTAL		\$ 25.366.591.956,45	100%

Fuente: Consolidado Facturación Generada Segundo Trimestre 2024

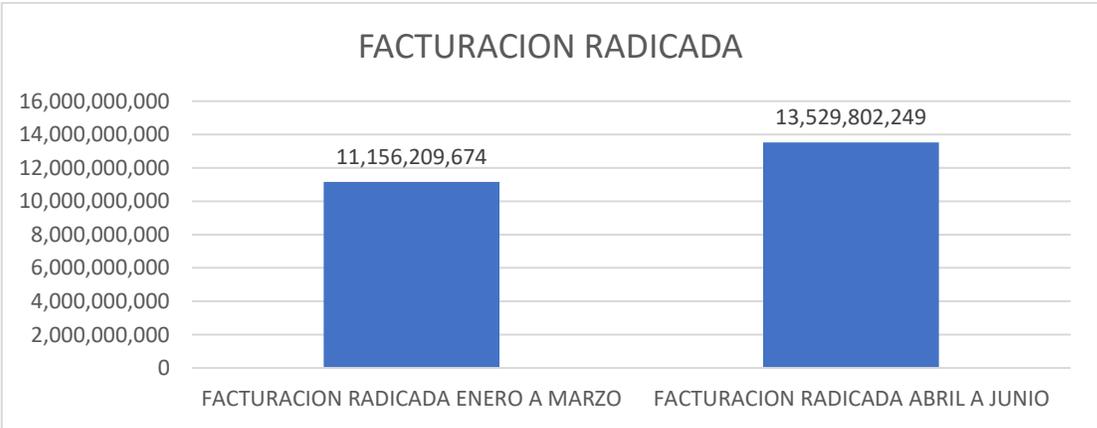
Se evidencia que, para el Segundo Trimestre de 2024, el Hospital San Antonio de Tame presento la mayor facturación de la ESE Moreno y Clavijo la cual fue del 34%, seguido del Hospital San Lorenzo de Arauquita con el 25%, esto de acuerdo al tamaño de la población, mientras que el hospital San Francisco de Fortul ocupa el tercer puesto con el 16% de la facturación esto de acuerdo a la población de cada municipio.

FACTURACION RADICADA A CORTE 30 DE JUNIO DE 2024.

A continuación, se presenta la facturación radicada por unidad asistencial a corte 30 de junio de 2024 respectivamente:

ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO			
FACTURACION RADICADA POR HOSPITAL A CORTE 30 DE JUNIO DE 2024			
HOSPITAL	FACTURACION RADICADA ABRIL A JUNIO	FACTURACION RADICADA ENERO A JUNIO	%
CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	318.422.243	529.744.379	2%
CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUQUITA	97.308.027	201.753.921	1%
SAN ANTONIO DE TAME	5.148.453.470	9.087.473.869	37%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	2.079.288.555	3.747.831.598	15%
SAN JOSE DE CRAVO NORTE	677.340.488	1.103.653.315	4%
SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	798.823.923	1.223.890.039	5%
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	4.116.828.267	6.950.028.479	28%
SAN RICARDO PAMPURI	256.507.764	484.981.015	2%
ESE MORENO Y CLAVIJO	36.829.512	1.356.655.308	5%
TOTAL	13.529.802.249	24.686.011.923	100%

El total de la facturación radicada de abril a junio es por valor de **\$13.529.802.249** y una facturación total de enero a junio por valor de **\$ 24.686.011.923** de los cuales el 37 % pertenece al Hospital San Antonio de Tame seguido con un 28% el Hospital San Lorenzo de Arauquita esto obedece a que son los Hospitales con mayor Facturación, la diferencia entre la facturación generada y radicada corresponde a facturación pendiente del mes de junio que se radica en Julio.



FACTURACIÓN RADICADA POR REGIMEN Y MODALIDAD CON CORTE 30 DE JUNIO DE 2024.

A continuación, se presenta la facturación radicada por régimen y modalidad de contratación con corte 30 de junio de 2024:

ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO				
FACTURACION RADICADA POR REGIMENES A CORTE 30 DE JUNIO 2024				
DEPARTAMENTO DE FACTURACION				
REGIMEN	TOTAL FACTURACION RADICADA			%
	CAPITA	EVENTO	TOTAL	
IPS PRIVADAS	34.957.742,00	290.547.056,00	325.504.798	1,32%
CONTRIBUTIVO	667.132.153,00	1.001.771.932,00	1.668.904.085	6,76%
SUBSIDIADO	15.022.919.477,00	4.989.107.872,00	20.012.027.349	81,07%
VINCULADO	-	467.172.583,00	467.172.583	1,89%
SOAT	-	642.096.207,00	642.096.207	2,60%
ESPECIAL	-	95.334.262,00	95.334.262	0,39%
OTRO	-	280.249.361,00	280.249.361	1,14%
ADRES	-	18.848.947,00	18.848.947	0,08%
ARL	-	35.203.302,00	35.203.302	0,14%
PIC	-	1.078.737.398,41	1.078.737.398	4,37%
MAGISTERIO	-	61.933.631,00	61.933.631	0,25%
SALUD PÚBLICA	-	-	-	0,00%
TOTAL	15.725.009.372,00	8.961.002.551,41	24.686.011.923	100,00%

El total de la facturación radicada a corte 30 de junio de 2024, fue por valor de **\$24.686.011.923**, de los cuales el 81.07% pertenece al régimen Subsidiado, EL 6.76% régimen Contributivo y 4.37% Salud Pública (PIC).

FALENCIAS PRESENTADAS EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN.

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

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 61 de 279

- Se presenta gran inconveniente con la radicación de la facturación generada al Adres, se viene avanzando con la radicación, pero es muy compleja la plataforma y no rinde.
- Se ha venido presentado gran dificultad con la EPS Sanitas, nos ha venido realizando un aserie de devoluciones por concepto de XML, para lo cual se solicitó a la EPS una mesa de trabajo y aun no tenemos respuesta.

MEDIDAS DE MEJORA

- Una de las estrategias para mitigar las falencias en los motivos de devoluciones, fue realizar visitas a las unidades con mayor número de errores, como en el caso del Hospital San Lorenzo, San Antonio de Tame y San Francisco de Fortul, donde se les expusieron los motivos de las glosas y de esta forma se ha logrado mejorar.
- Con el fin de prestar una mejor atención a los usuarios la Ese Moreno y Clavijo implemento el software Salud360 que nos permite trabajar todas las sedes en línea.
- De acuerdo con las Constantes quejas de los usuarios para la asignación de citas la Ese implemento un call center lo que ha permito la disminución de quejas.
- Se ha venido dando solución a la accesibilidad y oportunidad de atención con la implementación de diferentes medios para la asignación de citas (call center, correo, página Web).
- Se ha tratado en lo posible que se realice pre Auditoria de la facturación en la unidad asistencial antes de ser radicada.
- Se realizó retroalimentación, socialización y capacitación de la contratación vigente y los nuevos contratos como sus servicios incluidos en cada uno de ellos.
- Se cuenta con un directorio de las diferentes EPS actualizado, que contiene línea telefónica y correo electrónico, este es enviado a cada uno de los coordinadores de facturación para su socialización con los facturadores.
- Se solicita a la Gerencia teniendo en cuenta la nueva normatividad que nos empieza a regir a partir del (1) de Octubre apoyo en capacitación, con el fin de no tener inconvenientes para la radicación de las cuentas a las diferentes EAPB. “resolución 2275,2284 y 2335 de 2023”

RECEPCION DE FACTURACION FISICA Y VALIDACION DE RIPS:

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

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 62 de 279

VALIDACIÓN Y CORRECCIÓN DE RIPS.

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

ACCIONES REALIZADAS

- Se realizó participación en las diferentes negociaciones con las EPS, durante el trimestre.
- De acuerdo a nueva Normativa Resolución 2335 se realiza la implementación de radicación Magnética a la mayoría de la EAPB.
- Se recibió en medio magnético y físico la facturación generada de los hospitales: San Antonio de Tame, San Lorenzo de Arauquita, San Francisco de Fortul, San José de Cravo Norte, San Juan de Dios de Puerto Rondón y San Ricardo Pampuri, al igual que los Centro de Salud: Juan de Jesús coronel de Puerto Jordán y Panamá de Arauca; para cada inconveniente presentado se evidencio y a su vez se subsanaron inconvenientes y errores encontrados.
- Según la contratación establecida se han dirigido correos electrónicos informando las actividades de los contratos y tarifas establecidas.
- Se generó informes requeridos por las diferentes áreas, donde se detalló la contratación recibida durante el año por las diferentes EAPB, la producción y radicación por EAPB, régimen, modalidad, variación según IPS, variación mes actual con el mes anterior, tramite y trazabilidad de la glosa, cumplimiento de la recepción de la facturación física y magnética por los hospitales y centros de salud, acciones realizadas, recibida en el trimestre del presente año.
- Se mantiene el archivo digital de la contratación vigente con las EAPB, las cuales se enviaron en medio (magnético) a los Hospitales y Centros de Salud.
- A través del envié de Bases de Datos por parte de las EPS, se han actualizado y enviado a los municipios de las empresas: FIDUPREVISORA, SANITAS, COOSALUD, y Nueva EPS.
- Conciliación con el Área de cartera en cuanto a la facturación que se radico mes a mes.
- Se realizó la conciliación con contabilidad y Presupuesto mes a mes de la facturación generada.
- Se realizó con el área de Contabilidad conciliación de la facturación Radicada.

 MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 63 de 279

- Por medio de las Certificaciones enviadas con las EAPB con las cuales tenemos contrato bajo la modalidad de Capitado se liquidaron las capitales mensuales de los contratos de Sanitas eps, Nueva Eps, Coosalud y Fomag.
- Se crearon, actualizaron y modificaron según la necesidad los contratos de prestación de servicios de salud por cada empresa cliente en el respectivo software de facturación, llevando a cabo la depuración de empresas con contratos vencidos.
- Para el proceso de contratación se brindó acompañamiento a la subgerencia de Salud con las diferentes EPS, teniendo como principio el mejoramiento continuo de la entidad y especificando tarifas SOAT (uvt), códigos CUPS y servicios a contratar, los cuales serán actualizados y anexados en la resolución interna, por la cual se fijan las tarifas de los servicios de salud e insumos de la Empresa Social del Estado “Moreno y Clavijo”.
- Seguimiento al vencimiento de la contratación para la vigencia 2024.

7.5 INFORME SUBPROCESO GESTIÓN CARTERA.

A corte 30 de junio de 2024, la ESE MYC presenta un saldo de cartera por prestación de servicios de salud por valor de \$21.086.700.625 de los cuales \$6.407.110.454 que representan un 30.38% del total de la cartera corresponde a entidades en proceso de liquidación, existen anticipos pendientes por aplicar por falta de detallado de facturación a las cuales aplicar por valor de \$5.314.383.909 que representan un 25.20% lo que genera un saldo neto de cartera por \$9.365.206.262

CONSOLIDADO ESTADO DE CARTERA A CORTE 30 DE JUNIO DE 2024				
ENTIDADES	SALDO NETO	ANTICIPOS	ENT. LIQUIDACION	TOTALES
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 10.562.398.200	\$ 1.931.578.806	\$ 5.894.618.897	\$ 2.736.200.497
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 4.518.481.300	\$ 3.263.954.800	\$ 512.491.557	\$ 742.034.943
SOAT	\$ 1.543.373.505	\$ 102.365.905	\$ -	\$ 1.441.007.600
IPS PRIVADAS	\$ 135.629.800	\$ 16.484.398	\$ -	\$ 119.145.402
ARL	\$ 65.295.623	\$ -	\$ -	\$ 65.295.623
VINCULADOS	\$ 3.636.405.104	\$ -	\$ -	\$ 3.636.405.104
REGIMEN ESPECIAL	\$ 326.516.329	\$ -	\$ -	\$ 326.516.329
PIC MUNICIPALES	\$ 256.234.844	\$ -	\$ -	\$ 256.234.844
OTROS	\$ 42.365.920	\$ -	\$ -	\$ 42.365.920
SALDO CARTERA	\$ 21.086.700.625	\$ 5.314.383.909	\$ 6.407.110.454	\$ 9.365.206.262

FUENTE: BASE DE DATOS - SOFTWARE SALUD 360

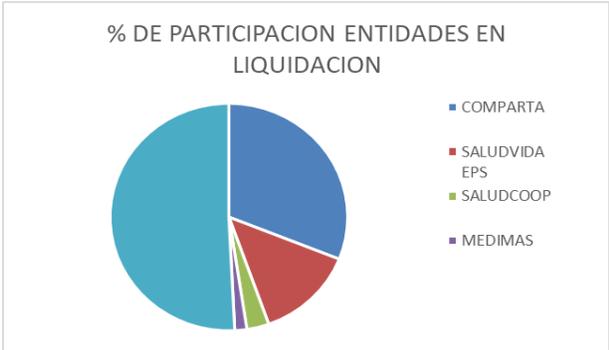
El régimen subsidiado continua con el mayor % de participación con un 50.09% con un saldo de cartera por valor de \$10.562.398.200, las entidades que atienden a la población migrante representan el 17.25% con un saldo de \$3.636.405.104 el régimen contributivo representa un 21.43% con un saldo de \$4.518.481.300, las entidades que agrupan atención

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 64 de 279

por accidentes de tránsito representan un 7.32% con un saldo de \$1.543.373.505, otros deudores representan el 3.92% del saldo consolidado de cartera.

El régimen subsidiado continua con el mayor % de participación con un 50.09% con un saldo de cartera por valor de \$10.562.398.200, las entidades que atienden a la población migrante representan el 17.25% con un saldo de \$3.636.405.104 el régimen contributivo representa un 21.43% con un saldo de \$4.518.481.300, las entidades que agrupan atención por accidentes de tránsito representan un 7.32% con un saldo de \$1.543.373.505, otros deudores representan el 3.92% del saldo consolidado de cartera.

Con las entidades en proceso de liquidación se ha dado continuidad al proceso de cobro persuasivo de estos saldos ya reconocidos, sin embargo, el concepto que remiten las liquidadoras – Salud vida, Cruz Blanca - es que no cuentan con los activos para el pago de estos valores por lo cual estos créditos se han declarado insolutos por lo cual no es posible realizar pago alguno sobre estos saldos.



En el régimen contributivo pese a que se presenta incremento frente al trimestre inmediatamente anterior este se encuentra concentrado en la Nueva EPS como resultado de la medida de intervención generada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud para esta entidad.

REGIMEN SUBSIDIADO

Con un saldo de cartera a cierre 30 de junio de 2024 por la suma de \$10.562.398.200 el cual representa un 50.09 % del total de la cartera, este régimen concentra la mayor cantidad de EPS en proceso de liquidación, saldos que impactan negativamente la rotación de saldos ya que son deudas estáticas que no permiten su circulación y sobre los cuales existe riesgo de incobrabilidad.

REGIMEN CONTRIBUTIVO

En este régimen el mayor representante corresponde a Nueva EPS con un saldo de cartera por la suma de \$3.231.035.025, de acuerdo a resolución No 202416000003012-6 del 03/04/2024 por medio de la cual la Superintendencia Nacional de Salud interviene a esta EPS se suspenden las citaciones para depuración de saldos, suscripción de acuerdos de pago entre tanto sea aprobado plan de trabajo con las EPS por parte de la Superintendencia, por lo cual, dado que los cruces de saldo con esta entidad se realizaban

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 65 de 279

de manera trimestral a fin de contar con saldos depurados y coincidentes entre las dos entidades, hasta tanto la interventoría emita plan de trabajo

Con la EPS Sanitas se encuentran saldos conciliados, depurados y pagados a corte 30 de diciembre de 2023, ya se tiene programada en mesa de trabajo Circular 00030 programación con esta entidad para depuración de valores modalidad evento a corte 30 de marzo de 2024; en lo referente a los saldos de cartera modalidad capitado los cuales corresponden a 35 facturas por valor de \$211.166.810 a corte 31 de diciembre de 2023 se está a la espera de que la EPS defina proceso de cruce de estos valores.

PPNA – VINCULADOS

Con un saldo de cartera al cierre del trimestre por la suma de \$3.636.405.104 de los cuales \$3.373.841.922 corresponde a la atención a población migrante por parte de la Unidad de Salud, es incierto el recaudo de estos valores teniendo en cuenta que son sin respaldo presupuestal por parte del gobierno nacional por lo cual a la fecha pese a los requerimientos enviados a los órganos de control este saldo que corresponde a corte 30 de marzo de 2024 presenta dificultades en su recaudo.

En respuesta emitida por parte de la Superintendencia Nacional de Salud bajo radicado No 100-080 contextualiza que las entidades territoriales departamentales y distritales son las responsables del reconocimiento y pago de la facturación por concepto de la prestación de servicios de urgencias que se brinde a la población migrante no afiliada que no tengan capacidad de pago, en armonía con los procesos que tenga establecidos cada entidad territorial, para la presentación, auditoría, reconocimiento y pago de las facturas proferidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS; así mismo, la financiación de estos servicios se asumen con cargo a los recursos de libre destinación que la entidad territorial (departamentos y distritos) determine, o con aquellos recursos asignados por la Nación.

OTRAS VENTAS

El área de cartera continúa concentrando esfuerzos en el cobro de valores por concepto del pago de dosis por aplicación de vacuna COVID-19 sin embargo, pese a que las resoluciones 166 de 2021 modificada por las resoluciones 508, 651 y 1324 de 2021, la resolución 1736 de 2022 y las resoluciones 531 y 2332 de 2023 establecieron el procedimiento para el reconocimiento y pago de vacunas COVID-19, este proceso se encuentra pausado en tanto que las EPS certifiquen a la entidad dosis aplicadas.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 66 de 279

CONSOLIDADO RECAUDO

Durante el II trimestre de 2024 se obtiene un recaudo total por la suma de \$19.479.950.190,56 discriminados en \$1.381.400.727,80 que representan un 7.48% que corresponden a recaudo vigencia anterior y \$18.098.549.462,76 que representa el 92.52% que corresponde a la vigencia actual.

El recaudo por el régimen subsidiado corresponde a la suma de \$16.943.918.183 que representa un 86.98%, en el régimen contributivo con un total de \$295.051.709 que representa un 1.51%, PIC municipal con un saldo de \$361.112.330 que representa un 1.85%. el recaudo perteneciente a las entidades que atienden a víctimas de accidentes de tránsito representa un 1.31% con un saldo de \$256.082.178, el recaudo por otras ventas representa un 3.01%.

REGIMEN	CONSOLIDADO RECAUDO CIERRE II TRIMESTRE VIGENCIA 2024							
	EVENTO		CAPITADO		TOTAL VIGENCIA ANTERIOR	TOTAL VIGENCIA ACTUAL	TOTALES	% PART.
	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL				
SUBSIDIADO	\$ 1.078.575.485,80	\$ 1.264.756.417,00	\$ -	\$ 14.600.586.281,00	\$ 1.078.575.485,80	\$ 15.865.342.698,00	\$ 16.943.918.183,80	86,98%
CONTRIBUTIVO	\$ 76.545.616,00	\$ 47.701.116,00	\$ -	\$ 170.804.977,00	\$ 76.545.616,00	\$ 218.506.093,00	\$ 295.051.709,00	1,51%
M. PREPAGADA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
SOAT	\$ 57.752.412,00	\$ 198.329.766,00	\$ -	\$ -	\$ 57.752.412,00	\$ 198.329.766,00	\$ 256.082.178,00	1,31%
ARL	\$ 54.946.005,00	\$ 419.368,00	\$ -	\$ -	\$ 54.946.005,00	\$ 419.368,00	\$ 55.365.373,00	0,28%
IPS PRIVADAS	\$ 70.551.416,00	\$ 107.158.682,00	\$ -	\$ 11.266.502,00	\$ 70.551.416,00	\$ 118.425.184,00	\$ 188.976.600,00	0,97%
PIC MCPAL	\$ -	\$ 361.112.330,75	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 361.112.330,75	\$ 361.112.330,75	1,85%
PIC DEPTAL	\$ -	\$ 187.332.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 187.332.000,00	\$ 187.332.000,00	0,96%
PPNA	\$ -	\$ 47.097.320,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 47.097.320,00	\$ 47.097.320,00	0,24%
REG. ESPECIAL	\$ -	\$ 34.504.809,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 34.504.809,00	\$ 34.504.809,00	0,18%
OTRAS VENTAS (OIM)	\$ 40.005.193,00	\$ 2.284.349,00	\$ -	\$ -	\$ 40.005.193,00	\$ 2.284.349,00	\$ 42.289.542,00	0,22%
PARTICULARES	\$ 3.024.600,00	\$ 28.572.351,00	\$ -	\$ -	\$ 3.024.600,00	\$ 28.572.351,00	\$ 31.596.951,00	0,16%
TOTALES	\$ 1.381.400.727,80	\$ 3.315.891.702,76	\$ -	\$ 14.782.657.760,00	\$ 1.381.400.727,80	\$ 18.098.549.462,76	\$ 19.479.950.190,56	100%

CONCLUSIONES

El consolidado general de cartera de la ESE MYC presenta un comportamiento continuo y estable pese a que las prácticas indebidas que continúan presentando las ERP, la cartera “deteriorada” corresponde en su totalidad a saldos reconocidos de entidades en proceso de liquidación, entidades que manifiestan no contar con la capacidad jurídica, material ni financiera para pagar conforme a los decretos 2555 de 2010 en el artículo 2.4.2.1.2 literal (e).

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 67 de 279

Se continua con el área de contabilidad en el proceso de depuración de saldos de saldos contables de las cuentas cartera radicada – facturación no radicada y cuenta difícil cobro; durante el trimestre se realizó saneamiento contable de saldos conciliados correspondientes a Comfanorte – entidad en proceso de liquidación mediante resolución No 004 de 17/05/2013 valores sobre los cuales la ESE no se hizo parte dentro del proceso liquidatorio dentro de los términos de oportunidad por lo cual la obligación se encuentra extinta, Comfaorient, Medimas, Comparta y Cruz Blanca.

7.6 INFORME SUBPROCESO GESTIÓN AUDITORIA CUENTAS MEDICAS

OBJETIVO:

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

ALCANCE DE LA AUDITORIA:

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

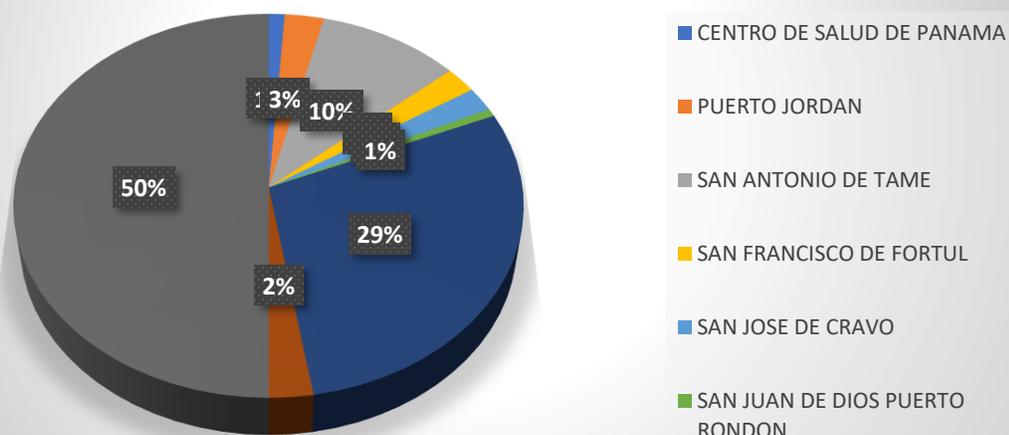
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA:

De acuerdo al periodo comprendido entre **01 de abril 2024 A 30 de junio 2024**, se Recepcionaron objeciones por un valor de **\$157.638.608**, Correspondiente a la radicación de las cuentas por prestación de servicios de salud en los diferentes hospitales por valor de \$. Dicho valor de glosas corresponde a diferentes motivos clasificados en Objeción Administrativas y pertinencia médica, cabe resaltar que dichas objeciones fueron tramitadas y soportadas según los tiempos estipulados en la normatividad vigente.

MOTIVO PRINCIPAL	VALOR
AUTORIZACIÓN	4,726,816
COBERTURA	2,866,063
DEVOLUCIÓN	9,958,860
FACTURACIÓN	100,968,214
PERTINENCIA	1,411,650
SOPORTE	23,240,760
TARIFA	14,466,245
TOTAL, GENERAL	157,638,608

HOSPITAL / CENTRO DE SALUD	VALOR GLOSA INICIAL	%
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	3,481,832	2.21
PUERTO JORDAN	8,572,204	5.44
SAN ANTONIO DE TAME	31,189,012	19.79
SAN FRANCISCO DE FORTUL	6,966,257	4.42
SAN JOSE DE CRAVO	6,402,673	4.06
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	2,066,001	1.31
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	90,905,542	57.67
SAN RICARDO DE PAMPURI	8,055,087	5.11
TOTAL, GENERAL	157,638,608	100

COMPORTAMIENTO PORCENTUAL POR HOSPITAL



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 69 de 279

CONCILIACIÓN DE GLOSAS:

FECHA CONCILIACIÓN	REGIMEN	EMPRESA	VIGENCIA	VALOR DE GLOSA INICIAL	VALOR DE GLOSA ACEPTADA	VALOR A PAGAR
1/04/2024	UAESA	EXTRANJEROS	2024	295,397	295,397	-
8/04/2024	ESPECIAL	FOSCAL	2023	1,129,787	366,600	763,187
8/04/2024	ESPECIAL	FOSCAL	2023	308,327	40,600	267,727
8/04/2024	ESPECIAL	FOSCAL	2023	230,300	230,300	-
15/04/2024	ESPECIAL	EJERCITO	2023	1,145,659	192,780	952,879
15/04/2024	ESPECIAL	EJERCITO	2023	6,805,500	2,759,534	4,045,966
30/04/2024	ESPECIAL	FOSCAL	2024	328,950	266,450	62,500
18/04/2024	ESPECIAL	FOSCAL	2023	87,600	17,800	69,800
18/04/2024	ESPECIAL	FOSCAL	2024	580,850	568,850	12,000
11/06/2024	SOAT	ASEGURADORA SOLIDARIA	2023-2024	3,171,343	201,565	2,969,778
6/06/2024	SUBSIDIADO	CAPITAL SALUD	2023-2024	6,259,453	516,871	5,742,582
7/05/2024	SUBSIDIADO	ASMET SALUD	2023	633,271	83,438	549,833
12/02/2024	ARL	POSITIVA	2024	3,964,877	233,409	3,731,468
16/05/2024	ARL	POSITIVA	2024	1,836,192	20,442	1,815,750
18/06/2024	SUBSIDIADO	COOSALUD	2023	59,642,048	22,448,489	17,370,640
17/05/2024	SUBSIDIADO	SANITAS	2023	107,984,592	16,197,997	91,786,595
TOTAL GENERAL				194,404,146	44,440,522	130,140,705

El plan de trabajo a realizar

- Se continúa con el acompañamiento y socialización de glosas personalizada y por medio de la plataforma zoom. Se estudió la información reportada por errores de los facturadores y se realizan actividades encaminadas al mejoramiento de nuestras funciones en la entidad.
- Se trabajó de la mano con el área de facturación con el ánimo de identificar falencias y así fortalecer la facturación de cada hospital, de la misma manera con el área de cartera realizar depuraciones entre de las diferentes Entidades Responsables de Pago, con el fin de determinar los valores reales por conciliar de cada empresa y definir los no recuperables por los diferentes motivos presentados por parte de las ERP.
- Se continúa realizando la entrega al área de Facturación y a la Sub dirección Administrativa, detallado trimestral por hospital con los motivos de glosas más frecuentes y las ERP que los generan, con el ánimo de tomar medidas correctivas y mejora.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 70 de 279

- Del mismo modo se continúa adelantando el cronograma de visitas a los hospitales con el fin de socializar los principales motivos de glosas, brindar apoyo y recomendaciones a los equipos de trabajo.
- Del mismo modo seguimos solicitando la depuración de saldos errados en el sistema contable, pues allí aparecen valores que ya fueron conciliados y datos que no corresponden con las glosas iniciales.

IDENTIFICACION DE HALLAZGOS.

Avanzamos con el trámite de respuestas de las glosas en el aplicativo con el fin de iniciar mejores resultados de informes y demás, trámite que se realiza durante los tiempos establecido normativo. Sin embargo, persisten fallas en el reporte verídico de la información suministrada por el aplicativo.

Teniendo en cuenta que la Institución, se ve afectada económicamente, por diferentes factores según lo que respecta al tema de glosas; continuamos el acompañamiento al equipo de facturación, personal médico, y personal de enfermería, brindando capacitaciones resaltando la importancia del completo diligenciamiento de las historias clínicas con sus correspondientes soportes, del mismo modo socialización de los principales motivos de glosas, del mismo modo se continua con el seguimiento al manejo de manuales tarifarios por parte del personal de facturación, contratos, rutas de solicitud de autorizaciones, para este fin continuaremos con capacitaciones al personal con el fin de reducir errores e implementando seguimientos en los mismos en aras de mejora continua, evaluar el manejo de la normatividad vigente en el tema de facturación y de la contratación realizada, manejo de indicadores de gestión que por supuesto deben ir de la mano de un excelente sistema de información que permita medir los procesos para la toma de decisiones por parte de los directivos.

7.7 INFORME PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.

DESARROLLO.

Los planes institucionales del Proceso de Gestión del Talento Humano de la vigencia 2024, fueron aprobados en el mes de diciembre del año en anterior, los cuales fueron ajustados a las necesidades del personal, se publicaron en página web comprometidos con el acceso a la información pública y transparencia. De acuerdo al plan de capacitaciones se llevó a cabo las socializaciones de los planes, los cuales fueron socializados en las reinducciones de personal.

VIUGENCIA 2024

- [POLITICA INSTITUCIONAL DE AUSTERIDAD DEL GASTO VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN INSTITUCIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN INSTITUCIONAL DE BIENESTAR E INCENTIVOS LABORALES VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN ESTRATEGICO DEL TALENTO HUMANO VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN DE TRABAJO ANUAL SG SST VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN DE TRATAMIENTO Y RIESGO DE LA INFORMACION VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN DE PREVISION DE RECURSO HUMANOS VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN DE MANTENIMIENTO VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN DE AUDITORIA RESOLUCION 270 DE 2024](#)
- [PLAN ANUAL DE VACANTES VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN ANUAL DE AUDITORIAS VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES VIGENCIA 2024](#)
- [PLAN ANTICORRUPCION VIGENCIA 2024](#)
- [CSO-PR-027 Plan de emergencias](#)
- [CSO-PR-007-PLAN-ESTRATEGICO-DE-SEGURIDAD-VIAL-PESV](#)
- [GDO-OD-005-PLAN-INSTITUCIONAL-DE-ARCHIVOS-PINAR](#)
- [GAM-OD-001-POLITICA-DE-GESTION-AMBIENTAL-](#)
- [Res-269-de-2023-Plan-de-Comunicacion-2024](#)
- [Plan-de-Comunicacion-ESE-MORENO-y-CLAVIJO-2024](#)

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

EJECUCION- PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES 2024.

Dentro del plan de incentivos institucionales de la vigencia 2024, se contemplaron actividades que serán ejecutados en el transcurso del año.

En el segundo trimestre se realizó la celebración de cumpleaños y se conmemoro el día de los profesionales en enfermería y el día Nacional del Servidor Público.

ITEM	ACTIVIDADES	FECHA CONMEMORACIÓN	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
			N	E	A	B	A	U	E	U	G	C	O	I
			1° CUATRIMESTRE				2° CUATRIMESTRE				3° CUATRIMESTRE			
1	DIA DEL GENERO	ABRIL				X								
2	DIA DEL TRABAJO	01 DE MAYO					X							
3	DIA DE LA ENFERMERA	12 DE MAYO					X							
4	DIA DEL SERVIDOR PUBLICO	27 DE JUNIO					X							
5	ACTIVIDADES DEPORTIVAS - CAMPEONATO INTERNO	OCTUBRE										X		

6	SEMANA MORENITOS SALUDABLES	AGOSTO								X				
7	CUMPLEAÑOS	TODO EL AÑO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	CELEBRACIÓN AMOR Y AMISTAD	SEPTIEMBRE										X		
9	CONMEMORACIÓN ANIVERSARIO ESE MORENO Y CLAVIJO Y JORNADA CULTURAL	18 DE JULIO								X				
10	DÍA DEL MEDICO	3 DE DICIEMBRE												X
11	RECONOCIMIENTOS	DIC												X
12	NOVENA DE NAVIDAD (INCLUYE DECORACIÓN)	16 AL 20 DE DICIEMBRE												X
13	INTEGRACIÓN FIN DE AÑO	DIC												X

Registros fotográficos:

CUMPLEAÑOS:



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 73 de 279



DIA DEL TRABAJADOR:



DIA DEL ENFERMERO:





DÍA DEL SERVIDOR PÚBLICO:



Se evidenció la ejecución de las actividades de acuerdo a la programación, cumpliendo con 3 actividades ejecutadas el 40% de un 100% de las 13 actividades programadas.

Para efectos del plan de acción este **primer trimestre cumple con el 40%.**

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 75 de 279

Ruta: Equipo Líder Talento Humano / Disco Talento Humano / Talento Humano 2024 /Informe de Gestión Trimestral 2024 / Segundo Trimestre / soportes Plan de Incentivos.

EJECUCION- PLAN DE CAPACITACIONES 2024:

Se expone el avance y cumplimiento del plan de Capacitaciones de la vigencia 2024, se contemplaron unas actividades que serán ejecutados en el transcurso del año.

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

ITEM	TEMAS DE CAPACITACIÓN	RESPONSABLES	SISTEMA DE CAPACITACIÓN	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
				N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I
				1° CUATRIMESTRE				2° CUATRIMESTRE				3° CUATRIMESTRE			
1	Inducción para personal nuevo	Talento Humano	Presencial y Virtual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Re inducción de personal		Presencial				X								

INDUCCIONES PARA PERSONAL NUEVO:

- **Las inducciones** realizadas y acumuladas en el primer trimestre del año en curso, están alrededor de 390 personas en promedio, esto debido a los ingresos por renuncia del personal, cubrimiento del plan de vacaciones, personal que ingresa a los proyectos como Equipos Básicos en Salud y personal del servicio social obligatorio.

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 76 de 279

RE INDUCCIÓN DE PERSONAL:

Durante el segundo trimestre del presente año, no se realizaron **Re inducciones** al personal de la red hospitalaria:

PLAN DE CAPACITACIÓN:

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

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

De esta manera el Asesor de Garantía de la Calidad participo del Seminario Nacional 2024 Para Gerentes de ESE.



Aunado a esto, la Subgerente Administrativa y Financiera, y la Asesora de Control Interno, se encuentran realizando Diplomado en Control y Auditoría Interna, en la Universidad Javeriana.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 40%**.

Las evidencias, como los listados de asistencia, los conservan cada uno de los líderes de los procesos o subprocesos, encargado de las capacitaciones.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 77 de 279

EJECUCION- PLAN DE PREVISIONDE RECURSOS HUMANOS 2024:

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

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

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

Planta Global De Personal:

Tabla 1.

NOMBRE DE CARGOS	N° CARGOS
SEDE CENTRAL	
Gerente ESE	1
Subgerente en Salud	1
Subgerente Administrativo y financiero	1
Asesor (Control Interno)	1
Asesor Planeación	1
Asesor Jurídico	1

 Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 78 de 279

Asesor Sistema Obligatorio Garantía de Calidad	1
Tesorero General	1
Profesional Universitario (sistema de Información)	1
Profesional Universitario (Financiero)	1
Profesional Universitario (SIAU)	1
SUBTOTAL SEDE CENTRAL	11
Director Hospital	6
Medico SSO	23
Odontólogo SSO	6
Enfermero SSO	10
Bacteriólogo SSO	4
TOTAL - HOSPITALES	49
	60

Cargos Ocupados:

Tabla 2.

NIVEL	No. De cargos ocupados	Mujeres	% Mujeres	Hombres	% Hombres	TOTAL
DIRECTIVO	9	5	56%	4	44%	100%
ASESOR	4	3	75%	1	25%	100%
PROFESIONAL	4	1	25%	3	75%	100%
ASISTENCIAL	38	26	62%	12	38%	100%
TOTAL	55	35		20		55

Respecto al total de cargos según tabla 1 y los cargos ocupados relacionados en la tabla 2 se puede evidenciar una variación con relación al personal asistencial específicamente en los cargos de los bacteriólogos toda vez que se cuenta con 2 cargos cubiertos de 4 plazas aprobadas al igual que los cargos de odontólogos con 3 plazas cubiertas de las 6 aprobadas, sin embargo, dichas actividades son desarrolladas por profesionales vinculados a través de prestación de servicios, dando continuidad a la prestación del servicio y cumplimiento del objeto institucional.

EJECUCION- PLAN ANUAL DE VACANTES 2024.

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 79 de 279

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

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

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

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

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

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

SIA

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

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

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 80 de 279

SIA OBSERVA – CONTRATACIÓN 2024		
ITEM	CUMPLE	No. DE CONTRATOS
ENERO	SI	373
FEBRERO	SI	97
MARZO	SI	425
ABRIL	SI	377
MAYO	SI	107
JUNIO	SI	99
JULIO		
AGOSTO		
SEPTIEMBRE		
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 51%**.

SIGEP

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

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

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

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

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

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 51%**.

SECOP.

Es la plataforma en la cual las Entidades Estatales deben publicar los Documentos del Proceso, desde la planeación del contrato hasta su liquidación. También permite

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 81 de 279

a las Entidades Estatales y al sector privado tener una comunicación abierta y reglada sobre los Procesos de Contratación.

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

SECOPI – CONTRATACIÓN 2024		
ITEM	CUMPLE	No. DE CONTRATOS
ENERO	SI	373
FEBRERO	SI	97
MARZO	SI	425
ABRIL	SI	377
MAYO	SI	107
JUNIO	SI	99
JULIO		
AGOSTO		
SEPTIEMBRE		
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 51%**.

CODIGO DE INTEGRIDAD.

En la vigencia 2023, se llevó a cabo una estrategia de sensibilización a través de los valores por medio de capacitaciones realizadas en la red hospitalaria:

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

Para el segundo trimestre de la presente vigencia según el plan anual de capacitación se realizarán las reinducciones.

Se llevo a cabo un proceso de actualización del plan de implementación del código de integridad 2024, la cual está establecida como plan de mejora.

Soportes: listados de asistencia y registro fotográfico.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 30%**.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 82 de 279

ESCALA SALARIALES:

La ESE Moreno y Clavijo da cumplimiento a lo establecido en la plan anticorrupción y atención al ciudadano PAAC vigencia 2024 de acuerdo al Subcomponente 1: Lineamientos transparencia activa.

Actualmente nuestra página web contiene el reporte de escala salarial de la vigencia 2024 en el siguiente link:

<https://esemorenoyclavijo.gov.co/directorio-de-informacion-de-servidores-publicos-y-contratistas/>

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 51%**.

SISTEMA DE INFORMACION HOSPITALARIA (SIHO 2193)

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

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

Reporte de Formularios SIHO 2193 – 2024				
ITEM	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE
CONTRATACIÓN	X	X		
RECURSO HUMANO	X	X		

Actualmente el Proceso de Gestión del Talento Humano se encuentra al día con los reportes correspondientes.

Para efectos del plan de acción este **segundo trimestre cumple con el 50%**.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 83 de 279

NÓMINA

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

NOMINA 2024				
ITEM	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE
ENERO	X			
FEBRERO	X			
MARZO	X			
ABRIL		X		
MAYO		X		
JUNIO		X		
JULIO				
AGOSTO				
SEPTIEMBRE				
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				

Soportes: Oficios de radicación.

GESTIÓN DEL RETIRO

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

Para la gestión del retiro es importante que el servidor se realice la evaluación médica de egreso la cual tiene como finalidad revisar la condición de salud del trabajador cuando se termina la relación laboral con una empresa, en este caso la ESE Moreno y Clavijo. Así mismo todo el proceso de nómina garantizando todas las prestaciones de ley y demás que sean necesarios para un adecuado retiro del servidor público.

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

Actualmente la ese Moreno y Clavijo desde la oficina del Talento Humano no se ha llevado a cabo gestiones de retiro de personal por PENSION.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 84 de 279

7.7.1 INFORME SUBPROCESO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PLAN DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

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

Verificación del SGSST:

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

Recursos:

CLASIFICACION	ESTANDAR RESOLUCION 277 DE 2023	RELACION ESTANDAR DE CALIDAD ISO 45001
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos financieros ▪ Técnicos ▪ Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Roles, responsabilidades y auditorias en la organización ✓ Liderazgo y compromiso de la organización ✓ Consulta y participación de los trabajadores
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Competencia ✓ Toma de conciencia

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

GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS

Objetivo general y específicos:

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



M&C MORENO & CLAVIJO		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN				GTH-FO-036
CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL				Versión 01
CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/>		INDUCCIÓN <input checked="" type="checkbox"/>		REINDUCCIÓN <input type="checkbox"/>	DIVULGACIÓN SIG <input type="checkbox"/>	SOCIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?						PÁGINA: 1 de 1
TEMA: Inducción del sistema de seguridad y salud en el Trabajo						
DIRIGIDO A: Personal de Ingreso						
FECHA: febrero 2024		LUGAR: Oficina Talento Humano				
HORA:		EXPOSITOR: Coordinador SST				
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?						
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma	
	Andrés Rivas Pardo	116282975	Tame	Inducción	<i>[Firma]</i>	
	Laura F. Hernández P.	116865035	Tame	Inducción	<i>[Firma]</i>	
	Lorena Peña J. Barrios	116492877	Tame	Inducción	<i>[Firma]</i>	
	Rafael Fabian Calderón C.	1176933592	Tame	Inducción	<i>[Firma]</i>	
	Miguel Alexander Lopez Jimenez	1002302177	Tame	Inducción	<i>[Firma]</i>	
	Osmar Eduardo Lopez Jimenez	1115811244	Tame	Inducción	<i>[Firma]</i>	
	Jefry Rodriguez Barrios	1116781230	Tame	Inducción	<i>[Firma]</i>	
	Yuliettine Rodriguez Martinez	1050348129	Tame	Bacteriología	<i>[Firma]</i>	
	Yennifer Lissette Hurtado Ruiz	1005335889	Tame	Aux. Enfermería	<i>[Firma]</i>	
	Domingo Milno Guillén Rodríguez	60262157	Tame	Aux. Enfermería	<i>[Firma]</i>	
	EPERINATALIA MORALES RODRIGUEZ	1007524312	ARAQUZITA	AXU ENFERMERIA	<i>[Firma]</i>	
	Juan Carlos Guerra Jimenez	100681863	Tame	AXU ENFERMERIA	<i>[Firma]</i>	
	Maria Patricia Alvarado Betto	1009141434	Puerto Rieja	Facturación	<i>[Firma]</i>	
	Kevin Andres Rodriguez Mercado	1006620492	Puerto Rieja	AXU Enfermería	<i>[Firma]</i>	
	Lizeth Mildred Sierra Galvis	1046841926	Tame	Bacteriología	<i>[Firma]</i>	
DATOS DEL RESPONSABLE(S)						
Nombre: Nelson Acage Perero					Firma: <i>[Firma]</i>	
					Firma: <i>[Firma]</i>	

M&C MORENO & CLAVIJO		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN				GTH-FO-036
CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL				Versión 01
CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/>		INDUCCIÓN <input checked="" type="checkbox"/>		REINDUCCIÓN <input type="checkbox"/>	DIVULGACIÓN SIG <input type="checkbox"/>	SOCIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?						PÁGINA: 1 de 1
TEMA: Inducción del sistema de seguridad y salud en el Trabajo						
DIRIGIDO A: Personal de Ingreso						
FECHA: Enero 2024		LUGAR: Oficina Talento Humano				
HORA:		EXPOSITOR: Coordinador SST				
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?						
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma	
	Esteban Valentin BARRA Flores	111149081	Oficina Talento Humano	Aux. Enfermería	<i>[Firma]</i>	
	Richard Milena Delgado	53018129	ARAQUZITA	Administración	<i>[Firma]</i>	
	Karla Karina Cortes	125301261	ARAQUZITA	Aux. Archivo	<i>[Firma]</i>	
	Flynn Jaquez Jimenez	102502058	Caracas Norte	Portero	<i>[Firma]</i>	
	Willy Carlos Guerra Barrios	117191047	Caracas Norte	Auxiliar de limpieza	<i>[Firma]</i>	
	Diego Alexander Sanchez	1105116032	ARAQUZITA	Auxiliar en enfermería	<i>[Firma]</i>	
	Miguel Alexander Ovcar	1100851492	H.S.T. Caracas	Aux. Enfermería	<i>[Firma]</i>	
	Guillermo Perez Alvarado	116123198	Caracas Norte	Conductor	<i>[Firma]</i>	
	Miguel Victoria Rodriguez	116773612	ARAQUZITA	Tec. estadística	<i>[Firma]</i>	
	Abraham Diaz Barrios	116352072	ARAQUZITA	Tec. sistema	<i>[Firma]</i>	
	Leanny Maria Coronel Echeverri	104928946	ARAQUZITA	Tec. Bases y Datos	<i>[Firma]</i>	
	Alvaro Hernandez Flores Rodriguez	1004590050	TAME	Asesor de Limpieza	<i>[Firma]</i>	
	Yedra Arvizuel Suarez P	08371488	TAME	Apoyo interno	<i>[Firma]</i>	
	Enzo Karime Lallones Arana	08307184	TAME	Encargado Externa	<i>[Firma]</i>	
	Robinson Torres Torres	111616658	TAME	Facilitador	<i>[Firma]</i>	
DATOS DEL RESPONSABLE(S)						
Nombre: Nelson Acage Perero					Firma: <i>[Firma]</i>	
					Firma: <i>[Firma]</i>	

M&C MORENO & CLAVIJO		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN				GTH-FO-036
CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL				Versión 01
CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/>		INDUCCIÓN <input checked="" type="checkbox"/>		REINDUCCIÓN <input type="checkbox"/>	DIVULGACIÓN SIG <input type="checkbox"/>	SOCIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?						PÁGINA: 1 de 1
TEMA: Inducción del sistema de seguridad y salud en el Trabajo						
DIRIGIDO A: Personal de Ingreso						
FECHA: Marzo 2024		LUGAR: Oficina Talento Humano				
HORA:		EXPOSITOR: Coordinador SST				
ENTREGA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CUAL?						
Nº	Nombre Completo	Nº Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma	
1	Osmar Tor Pothila Lopez	1088771988	Tame	Planeación	<i>[Firma]</i>	
	Nelson Condones Macias	1168771777	A.S.A. Tame	Planificación y	<i>[Firma]</i>	
	So. Iv. O. A. S. T. A.	08302110	Tame	Seguridad	<i>[Firma]</i>	
	Nora: Ana Suarez Jimenez	1175197320	Tame	SERVICIOS SOCIALES	<i>[Firma]</i>	
	Maria Leonna Rodriguez M	1006440536	ARAQUZITA	Aux. Salud oral	<i>[Firma]</i>	
	Giada Alvares Daza de la Cruz	300308860	Caracas Norte	Aux. Sociales	<i>[Firma]</i>	
	Jefferson Alejandro Perez	1000440050	ARAQUZITA	Aux. PMA	<i>[Firma]</i>	
	Diana Soledad Castro Muela	1004451431	Tame	Aux. enfermería	<i>[Firma]</i>	
	Fredy Kumar Lopez C	1127918250	ARAQUZITA	Médico	<i>[Firma]</i>	
	Dyanara Alejandra Torres T	1008101521	ARAQUZITA	Facturación	<i>[Firma]</i>	
	Orlando Camilo Lopez Barrios	1007106332	ARAQUZITA	Industria SSO	<i>[Firma]</i>	
	Juan Carlos Gomez C	08371488	ARAQUZITA	Administración	<i>[Firma]</i>	
	Cludia Andrea Betancourt Huerta	1116777179	Panamá	Legislación	<i>[Firma]</i>	
	Claudia Milena Carmona F	1006535009	Tatu	Aux. enfermería	<i>[Firma]</i>	
	Geany Gomez Rodriguez	1115737171	Caracas Norte	Administración	<i>[Firma]</i>	
DATOS DEL RESPONSABLE(S)						
Nombre: Nelson Acage Perero					Firma: <i>[Firma]</i>	
					Firma: <i>[Firma]</i>	

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 86 de 279

EJECUCIÓN DEL INFORME

El informe de gestión del subproceso de la Seguridad y Salud en el Trabajo, permite conocer el índice de accidentalidad laboral ocurrido en el segundo trimestre del año 2024. Igualmente abarca el riesgo más relevante y el personal que más se accidenta en la Red Hospitalaria adscrita a la ESE Moreno y Clavijo, así como las actividades que se desarrollan con el fin de dar cumplimiento a la Implementación y Ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. se especifican los accidentes laborales ocurridos al personal asistencial y administrativo de la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo y la ejecución de las actividades del Plan de Trabajo anual del SG-SST.

Actividades a desarrollar

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

ACCIDENTALIDAD POR CENTRO DE TRABAJO SEGUNDO TRIMESTRE 2024

SEDE	N° AT 2024
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL PUERTO JORDAN	0
CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	2
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	2
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	0
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	2
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	1
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI LA ESMERALDA	0
SEDE ADMINISTRATIVA	0
TOTAL A.T.	7

Los siguientes son los Accidentes Laborales detallados que se han generado en el segundo trimestre de 2024 en la Red de Hospitales, Centros de Salud y Sede Administrativa adscritos a la ESE Moreno y Clavijo:

FECHA A.T.	☞☞☞	TIPO LESION	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	AGENTE	MECANISMO	CARGO
17/04/2024	HSDR	TORCEDURA, ESQUINCE, DESGARRE MUSCULAR	TRONCO	AMBIENTE DE TRABAJO	SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO	AUXILIAR DE SERVICIOS GERNERAL ES

09/06/2024	HSAT	TORCEDURA, ESQUINCE, DESGARRE MUSCULAR	TRONCO	AMBIENTE DE TRABAJO	SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
20/06/2024	HSAT	PROPIOS DEL TRABAJO	GOLPE O CONTUSION	MATERIALES O SUSTANCIAS	CAIDA DEL PERSONAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA
24/06/2024	CSPA	PROPIOS DEL TRABAJO	MANO	AGUJA – MATERIAL CORTOPUNZANTE	CAIDA DEL PERSONAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA
24/06/2024	CSPA	PROPIOS DEL TRABAJO	MANO	AGUJA – MATERIAL CORTOPUNZANTE	PICHAZO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
20/06/2024	HSLA	PROPIOS DEL TRABAJO	MANO	AGUJA – MATERIAL CORTOPUNZANTE	PICHAZO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
04/07/2024	HSLA	PROPIOS DEL TRABAJO	MANO	AGUJA – MATERIAL CORTOPUNZANTE	PICHAZO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

7155556	C	1116869054	AIDANY URIBE TARAZONA	20/06/2024	ARAUCA	TAME	20/06/2024	I	07	00	NORMAL
7211038	C	1094921726	CLARENA MARIA RANGEL PEROZA	24/06/2024	ARAUCA	ARAUQUITA	25/06/2024	P	19	30	NORMAL
7211053	C	1116802657	YOJAN DAVID PADILLA LOPEZ	24/06/2024	ARAUCA	ARAUQUITA	25/06/2024	P	18	10	NORMAL
7237036	C	68252506	SORLENIS VEGA PERDOMO	28/06/2024	ARAUCA	ARAUQUITA	29/06/2024	P	21	02	NORMAL



Positiva Cuida



CONSULTA AT-EL REPORTADOS

Bienvenido: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO--261065

Seleccione el año y mes para realizar la búsqueda

Año: 2024 Mes: mayo

Reportes para el mes mayo (5) del año 2024

Furat mortal	0
Furat no mortal	1
Furel	0
Total	1

Furat no mortal

Filtrar

RADICADO	TIPO DOC	NUME DOC	NOMBRE	FECHA AT	DTPO (OCURRENCIA)	MUN (OCURRENCIA)	FECHA REG	VINCULACION	HORA AT	MINUTOS AT	JORNADA S
7058312	C	68291406	DORIS JUDIT NEME DELGADILLO	17/04/2024	ARAUCA	PUERTO RONDON	16/05/2024	P	10	00	NORMAL



Positiva Cuida



CONSULTA AT-EL REPORTADOS

Bienvenido: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO--261065

Seleccione el año y mes para realizar la búsqueda

Año: 2024 Mes: julio

Reportes para el mes julio (7) del año 2024

Furat mortal	0
Furat no mortal	1
Furel	0
Total	1

Furat no mortal

Filtrar

RADICADO	TIPO DOC	NUME DOC	NOMBRE	FECHA AT	DTPO (OCURRENCIA)	MUN (OCURRENCIA)	FECHA REG	VINCULACION	HORA AT	MINUTOS AT	JORNADA S
7247906	C	1116499312	VIVIANA ACUÑA PINZON	03/07/2024	ARAUCA	ARAQUITA	04/07/2024	P	10	50	NORMAL



Positiva Cuida



CONSULTA AT-EL REPORTADOS

Bienvenido: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO-261065

Seleccione el año y mes para realizar la búsqueda

Año: 2024 Mes: junio

Reportes para el mes junio (6) del año 2024

Furat mortal	0
<u>Furat no mortal</u>	<u>5</u>
Furel	0
Total	5

Furat no mortal

Filtrar



RADICADO	TIPO DOC	NUME DOC	NOMBRE	FECHA AT	DTPO (OCURRENCIA)	MUN (OCURRENCIA)	FECHA REG	VINCULACION	HORA AT	MINUTOS AT	JORNADA S
7146839	C	1007191677	JHEISY JOHANA ORTEGA AGUILAR	09/06/2024	ARAUCA	TAME	13/06/2024	P	13	28	NORMAL

De acuerdo al total de los accidentes reportados, el mecanismo del accidente que se presento es la exposición o contacto sustancias nociva o radicales o salpicaduras con un 80%, la información recolectada de los reportes de accidente laboral y al análisis del mismo, se puede observar que los accidentes que involucran exposición a secreciones corporales y que se clasifican como accidentes por Riesgo Biológico corresponden al 80% de los reportados para el segundo trimestre.

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

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

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 90 de 279

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2024

1. Tasa de Accidentalidad mensual para el trimestre:

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

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

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

$$T.A = \frac{1}{1102} \times 100 = 0.09\%$$

- Junio: Por cada 100 trabajadores expuestos se presentó 5 accidentes en el mes

$$T.A = \frac{5}{1102} \times 100 = 0.4\%$$

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

$$T.A = \frac{1}{1102} \times 100 = 0.09\%$$

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

Índice de Frecuencia de Accidentes Laborales para el trimestre:

Para el segundo trimestre de 2024 se muestra el índice de frecuencia de accidentes laborales, analizado por cada 100 funcionarios con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo el número de accidentes reportados para el periodo, se toma en consideración el número promedio de funcionarios y las horas hombre trabajadas para el periodo y la constante K que corresponde a 240000:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 91 de 279

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

$$\text{IFAT} = \frac{7}{21600} \times 240000 = 77.7\%$$

De acuerdo al resultado obtenido, se puede indicar que de cada 100 trabajadores en la ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO, se presentan 77.7% Accidentes Laborales en el trimestre.

Porcentaje de inspecciones realizadas para el trimestre

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

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

$$\% \text{ Inspecciones realizadas} = \frac{7}{7}$$

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

Investigación de accidentes e incidentes laborales para el trimestre

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

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

$$\text{IAIL} = \frac{7}{7} = 100\%$$

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

Para el segundo trimestre se muestra el porcentaje de cumplimiento del Plan de Trabajo propuesto para la vigencia 2024 en la ESE Moreno y Clavijo.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 92 de 279

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

$$PT = \frac{12}{26} \times 100 = 46.1\%$$

De las 23 actividades programadas en el plan de trabajo anual, para el segundo trimestre se han desarrollado 12 actividades, lo cual nos permite el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad manteniendo el 88% en la calificación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la empresa.

SOCIALIZACIÓN E INFORME DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO.

Programa de pausas activas:



		Fecha de creación: 07/06/2023 - Clasificación: Pública Versión: 1.0 - Sistema: Gestipos Página: 1 de 1											
ACTA ASISTENCIA / ASESORÍA TÉCNICA EN SST													
<input checked="" type="checkbox"/> ASESORIA ESPECIFICA <input type="checkbox"/> ASESORIA POR PROYECTO		Año: MAYO 2024											
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA Nombre de Empresa: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y C Calle: CALLE 15 No. 34 - 79 Ciudad: TAME Departamento: ARAUCA Teléfono de contacto: 3125307129 Correo electrónico: SOCUPACIONAL@ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO													
TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>Temas tratados en la asesoría</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> </tr> <tr> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> </tr> </table> </td> <td>Asesoría en el diseño del Programa de Prevención y Atención de Emergencias.</td> </tr> </tbody> </table>				TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	Temas tratados en la asesoría	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> </tr> <tr> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> </tr> </table>	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	ASIA	ASIA	ASIA	Asesoría en el diseño del Programa de Prevención y Atención de Emergencias.
TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	Temas tratados en la asesoría												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> </tr> <tr> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> </tr> </table>	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	ASIA	ASIA	ASIA	Asesoría en el diseño del Programa de Prevención y Atención de Emergencias.						
TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA											
ASIA	ASIA	ASIA											
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS Se realiza asistencia en acción de formación y entrenamiento de brigadas de emergencia proporcionando a los integrantes los conocimientos teóricos y prácticos para enfrentar eficazmente las emergencias que pueden surgir en su empresa, con aspectos básicos a tener en cuenta para la atención de primeros auxilios y la conformación de la brigada de emergencia, fases de evacuación, organización de un simulacro y clases de fuego, con el fin de que obtengan las herramientas necesarias para un buen desempeño en el momento de enfrentarse a una emergencia real.													
RESULTADO DE LA VISITA <input checked="" type="checkbox"/> Si se realizó el servicio <input type="checkbox"/> Si no se realizó el servicio <input type="checkbox"/> Cancelación de la empresa <input type="checkbox"/> Reprogramación <input type="checkbox"/> Otro motivo													
RESPONSABLE DE LA EMPRESA Nombre: NELSON EDUARDO ARAQUE ROMERO Documento de identificación: C 91541125 Cargo: PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		RESPONSABLE A.R. Nombre: EDGAR MARTINEZ ROSADO Documento de identificación: 91472574 Fecha de expedición: 1234 - 01/10/2020 Cargo: DIRECTOR Empresa: GRUPO SALUD SANTANDER SAS											

		Fecha de creación: 07/06/2023 - Clasificación: Pública Versión: 1.0 - Sistema: Gestipos Página: 1 de 1											
ACTA ASISTENCIA / ASESORÍA TÉCNICA EN SST													
<input checked="" type="checkbox"/> ASESORIA ESPECIFICA <input type="checkbox"/> ASESORIA POR PROYECTO		Año: MAYO 2024											
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA Nombre de Empresa: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y C Calle: CALLE 15 No. 34 - 79 Ciudad: TAME Departamento: ARAUCA Teléfono de contacto: 3125307129 Correo electrónico: SOCUPACIONAL@ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO													
TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>Temas tratados en la asesoría</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> </tr> <tr> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> </tr> </table> </td> <td>Asesoría y atención por Ejecutivo Integral del Servicio "POSITIVA TE ACOMPAÑA"</td> </tr> </tbody> </table>				TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	Temas tratados en la asesoría	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> </tr> <tr> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> </tr> </table>	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	ASIA	ASIA	ASIA	Asesoría y atención por Ejecutivo Integral del Servicio "POSITIVA TE ACOMPAÑA"
TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	Temas tratados en la asesoría												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> <th>TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA</th> </tr> <tr> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> <td>ASIA</td> </tr> </table>	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	ASIA	ASIA	ASIA	Asesoría y atención por Ejecutivo Integral del Servicio "POSITIVA TE ACOMPAÑA"						
TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA	TEMAS TRATADOS EN LA ASESORIA											
ASIA	ASIA	ASIA											
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS El 8 de mayo del 2024 se hace seguimiento al plan de trabajo y se hace solicitud de apertura con el fin de incluir actividad para el fortalecimiento de brigada integral en pro de la formación de líderes de la brigada de la empresa.													
RESULTADO DE LA VISITA <input type="checkbox"/> Si se realizó el servicio <input type="checkbox"/> Si no se realizó el servicio <input type="checkbox"/> Cancelación de la empresa <input type="checkbox"/> Reprogramación <input type="checkbox"/> Otro motivo													
RESPONSABLE DE LA EMPRESA Nombre: NELSON EDUARDO ARAQUE ROMERO Documento de identificación: C 91541125 Cargo: PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		RESPONSABLE A.R. Nombre: GEORGINA VANESSA JIMENEZ SARMIENTO Documento de identificación: 1116785389 Fecha de expedición: 81833 - 27/07/2017 Cargo: INGENIERO (A) INDUSTRIAL Empresa: BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS S.A.S											

GESTION DE EXTINTORES RED HOSPITALARIA

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

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

- Las partes mecánicas (válvula, vástagos, resorte, oring).
- Agentes de extinción (polvo químico seco, co2, nitrógeno)
- Mecanismo de impulsión (válvulas, cornetas, pistolas)
- Apariencia física y rotulación (tacho del extintor, especificaciones técnicas).
- Mangueras de extintores rodantes examinadas por daños (prensado, vulcanizados de mangueras)



PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL.

El Plan Estratégico de Seguridad Vial fue elaborado con el fin de que la **E.S.E. DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO**, transforme su cultura vial, enfatizando en el conocimiento y cumplimiento voluntario de las normas de tránsito, el aumento de la percepción del riesgo al transitar y la corresponsabilidad al promover un uso solidario y responsable del espacio público, a través de la conciencia con inteligencia vial.

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

CAPACITACIÓN PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL:



 MTC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 95 de 279

Evaluación del Riesgo

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

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

Nivel de Riesgo	
Alto	
Medio	
Bajo	

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

5.2.5. Flota de Vehículos

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

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

PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

Cuando se desempeñan labores en las áreas de la salud, existen muchos factores de riesgos para la salud y la vida de los que laboran manipulando material infeccioso

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 96 de 279

contaminado con microorganismos potencialmente peligrosos (bacterias, hongos, virus, etc.), que se encuentran presentes en fluidos, secreciones y desechos. Estas normas permiten dar información a todo el personal de salud sobre cómo protegerse adecuadamente evitando infecciones de acuerdo al nivel de riesgo en el que cada uno se encuentre.

Recordando que todo paciente es potencialmente un portador de enfermedades y todo instrumental, todo equipo o material utilizado para la atención se considera contaminado.

Es importante que todo el personal esté capacitado y al tanto de las medidas de bioseguridad, logrando una adecuada adherencia a las normas establecidas. Las presentes normas de bioseguridad son de obligatorio cumplimiento buscan cuidar su salud durante la jornada laboral y retornarlo a casa sano.

Capacitación:



M&C MORENO & CLAVIJO		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN				GPL-FO-036
CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		Versión 01				Página 1 de 1
CAPACITACIÓN	INDUCCIÓN	REINDUCCIÓN	DIVULGACIÓN SIG	SOCIALIZACIÓN	OTRO	OTRO
TEMA: Hospital de Bioseguridad - Principios de Bioseguridad - Barreras de Protección - Disposición de Desechos Hospitalarios						
DIRIGIDO A: Personal Hospital de Puerto Rondón						
FECHA: 30-Mayo-2024						
HORA: 10:30 A.M.						
ENTREGA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
N°	Nombre Completo	N° Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma	
1	Valdy Milena González	6820104	H.S.J.D	Rec. estadística	[Firma]	
2	Maya Sait Dairo Mejía	110238688	H.S.J.D	Fábrica	[Firma]	
3	Sandra Patricia Rivera B.	68221577	H.S.J.D	Aux. Salud pública	[Firma]	
4	Katherine Patricia Vargas	106620581	H.S.J.D	Aux. enfermería	[Firma]	
5	Elisava Wiera Ruiz	37340670	H.S.J.D	Servicio Gerencial	[Firma]	
6	Johana Lidia Pérez Vega	68297877	H.S.J.D	Aux. enfermería	[Firma]	
7	Carla Arleth González	11051050	H.S.J.D	Atención al Cliente	[Firma]	
8	Elva Mariela Socha Tinto	6827894	H.S.J.D	Aux. enfermería	[Firma]	
9	Yohana Jhanna Peralta	106629484	H.S.J.D	Aux. enfermería	[Firma]	
10	Kelly Johana Cuervo Moreno	11951009	H.S.J.D	Instrucción	[Firma]	
11	Dora Judith Neme Delgado	68294406	H.S.J.D	Servicio Gerencial	[Firma]	
12	Jaime Fátima Abril	68241888	H.S.J.D	Atención al Cliente	[Firma]	
13	ERIKA BERNIL DUMILLO	111886302	H.S.J.D	Odontología	[Firma]	
14	Yolanda Catalina H.	11111807	H.S.J.D	Aux. enfermería	[Firma]	
15	Claudia Gil Higuera	68211634	H.S.J.D	Instrucción	[Firma]	
DATOS DEL RESPONSABLE (S)						
Nombre: Nelson Angue Romero					Firma: [Firma]	

M&C MORENO & CLAVIJO		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN				GPL-FO-036
CONTROL ASISTENCIA Y ENTREGA DE MATERIAL		Versión 01				Página 1 de 1
CAPACITACIÓN	INDUCCIÓN	REINDUCCIÓN	DIVULGACIÓN SIG	SOCIALIZACIÓN	OTRO	OTRO
TEMA: PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD: * PRINCIPIOS DE LA BIOSEGURIDAD * MEDIDAS DE ELIMINACIÓN BARRERAS DE PROTECCIÓN * DISPOSICIÓN DE DESECHOS HOSPITALARIOS						
DIRIGIDO A: Personal Asistencial						
FECHA:						
HORA:						
ENTREGA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
N°	Nombre Completo	N° Identificación	Sede	Proceso/Subproceso	Firma	
1	Nolberto Nard Jarama	1116724747	H.S.L.A	Control Alarma	[Firma]	
2	Karla Marina Correa Leal	123761261	H.S.L.A	Aux. SIG	[Firma]	
3	Bethly S. Milena Ortega	68250997	H.S.L.A	Aux. Generales	[Firma]	
4	Alejandro Monsove	4301244	H.S.L.A	Portero	[Firma]	
5	Kelly Alejandra Casasol	100581153	H.S.L.A	Aux. enfermería	[Firma]	
6	Gina Alejandra Acero	1118500139	H.S.L.A	Facturación	[Firma]	
7	Olego Alejandro Casas	9616280	H.S.L.A	Proceso Operación	[Firma]	
8	Diana Arango Martínez	1116496104	H.S.L.A	Servicio Gerencial	[Firma]	
9	Viviana Arcaya P.	1116494312	H.S.L.A	Aux. enfermería	[Firma]	
10	Aracely Torres Romero	68251029	H.S.L.A	Servicio Gerencial	[Firma]	
11	ERIKA DIEZEL M.	1116496301	H.S.L.A	PAT. Vacunación	[Firma]	
12	Elizabeth Mosquera	100514590	H.S.L.A	Vacunadora	[Firma]	
13	Kelly Paola Acosta	111649383	H.S.L.A	Aux. enfermería	[Firma]	
14	Ivamaría Gómez U.	29326688	H.S.L.A	Odontología	[Firma]	
15	Yohana Sánchez	10997099	H.S.L.A	Portero	[Firma]	
DATOS DEL RESPONSABLE (S)						
Nombre: Nelson Angue Romero					Firma: [Firma]	

OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Durante el segundo trimestre de 2024 se desarrollaron las siguientes actividades en el área de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SST).

- Se llevó a cabo la actualización en la afiliación de los trabajadores de la empresa aseguradora de riesgos laborales ARL POSITIVA.
- Se realiza el ingreso y retiro de afiliación del personal TERMINO FIJO y OPS en la plataforma de ARL POSITIVO.
- Se realiza el ingreso y retiro de los funcionarios del Servicio Social Obligatorio en la plataforma de la aseguradora de riesgos laborales POSITIVA.
- Se continúa con el proceso de implementación y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con la revisión de la documentación actual.
- Se realizan las investigaciones de los accidentes laborales que se presentaron durante el segundo trimestre de 2024.
- Se realiza acompañamiento de actividades de Asesoría en protección radiológica, riesgos biológicos y riesgos ergonómicos realizada por el proveedor de servicios adscrito a la ARL POSITIVA.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 98 de 279

GESTIÓN AFILIACIONES ARL

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

- Dependientes: 358
- Independientes: 744

Total: 1.102

GESTION AFILIACIONES CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

En el segundo trimestre de 2024, el sistema de gestión de seguridad y salud el trabajo continua ejercicio de afiliación, vigilancia y control de los parafiscales del subsidio familiar proceso que permite garantizar que los trabajadores administrativos y misionales reciban el beneficio del sistema del subsidio familiar.

GESTIÓN EXAMENES DE INGRESO Y EGRESO

La gestión del examen médico ocupacional establece los requisitos y parámetros para asegurar la correcta ejecución de los exámenes médicos ocupacionales. Este procedimiento debe estar de acuerdo a la Ley de Seguridad y Salud en el trabajo y las normas vigentes.

GESTION DOTACION DE PERSONAL

La dotación se entrega en especie, no está permitido entregarla con dinero en efectivo. La dotación se suministra cada cuatro meses, es decir, tres veces al año.

PERSONAL

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GAM-FO-008
	ENTREGA DE UNIFORMES Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	VERSIÓN: 002
		PÁGINA 1 de 1

Señor/Señora/Señorita: Magdy Romero Peredo
 (trabajador/prestador del Servicio)

Ref: Entrega de Dotación, uniformes y/o Elementos de Protección Personal.

- Por medio de la presente acta, se hace entrega de los siguientes elementos:
- 1) Un par de zapatos Plano (describirlos, botas, tenis, etc.)
 - 2) Un vestido compuesto de pantalón - Camisa (overol, uniforme, camisa, pantalón, jean, etc.)
 - 3) Otros elementos: (describirlos, guantes, tapabocas, delantales, gorros, protectores oculares, protectores auditivos, máscaras con filtros de carbón)

El trabajador o prestador del servicio manifiesta que:
 La dotación y/o elementos de protección personal que aquí se entrega son y serán de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
 En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador o prestador del servicio debe devolverla a la empresa.

Magdy Romero P
 (Firma del Trabajador o prestador del servicio)

PD: El personal es responsable del uso de los EPP lo cuales se deben usar para no exponerse a riesgos en el trabajo. (Cada vez que se entreguen guantes, tapabocas y/o insumos para el aseo diario, el administrador del hospital o centro de salud, deberá hacerle firmar al personal un formato de control con fecha para dejar constancia de su entrega).



GESTION DOTACION DOCIMETRIA

Los dosímetros son pequeños dispositivos portátiles que se pueden llevar cerca del cuerpo o colocar en un área específica para medir la exposición a la radiación UVC. Están equipados con sensores especializados que detectan y miden la intensidad de la radiación UV-C en tiempo real.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 100 de 279



RECOMENDACIONES

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

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

 <p>MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 101 de 279

7.8 INFORME SUBPROCESO GESTIÓN SISTEMAS Y COMUNICACIONES.

CONTINUIDAD DEL SERVICIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Teniendo en cuenta la inestabilidad del servicio de conectividad existente en el departamento de Arauca, se gestionó y se contrató con KALU COMUNICACIONES (Empresa de la región) un segundo canal de conectividad soportado por la fibra óptica diferente a la contratada con FIBERGROUPO S.A.S; esta actuará como canal de respaldo, las características son:

CANALES DEDICADOS DE INTERNET	
SEDE	ANCHO DE BANDA
Hospital San Antonio de Tame	200 Mbps
Hospital San Lorenzo de Arauquita	200 Mbps
Hospital San Francisco de Fortul	200 Mbps
Hospital San Juan de Dios de Pto Rondón	60 Mbps
Hospital San José de Cravo Norte	60 Mbps
Hospital San Ricardo Pampuri	60 Mbps
Centro de Salud Panamá de Arauca	60 Mbps
Centro de Salud Juan de Jesús Coronel de Pto Jordán	60 Mbps
Sede Administrativa	200 Mbps

Se inicia el proceso de transición al protocolo de IPV6, donde la ESE Moreno y Clavijo realiza un inventario pormenorizado de los equipos de cómputo con el fin de entregarlos al contratista FIBERGROUPO para el respectivo análisis de la información que determine el estado actual tecnológico de la ESE Moreno y Clavijo con miras a la adopción del protocolo de comunicaciones IPV6.

DISPONIBILIDAD DE TÓNER Y TINTA LIQUIDA PARA LAS DIFERENTES IMPRESORAS DE LA RED HOSPITALARIA Y ADMINISTRATIVA DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO

Con el fin de garantizar la continuidad del servicio se realiza estudio de conveniencia para la adquisición de tonner, Polvo de recarga y tinta liquida con el fin de dar cubrimiento de impresión a las 9 sedes de la ESE Moreno y Clavijo.

CONTINUIDAD DEL SERVICIO MEDIANTE EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO Y REDES DE DATOS

Con el fin de garantizar la continuidad del funcionamiento de los equipos de cómputo y de las redes de datos de las 9 sedes de la ESE Moreno y Clavijo se realiza estudio de conveniencia para la atención del mantenimiento correctivo de segundo nivel.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 102 de 279

REPORTE DE INFORMACIÓN ANTE LOS ENTES DE CONTROL

Se realiza el reporte ante los diferentes entes de control.

Supersalud: Plataforma nRVCC

- Publicación de estados financieros.
- Cuentas por pagar
- Datos para el cálculo de la posición de liquidez
- Circular 014
- Contratación
- Rendición de Cuentas

Contraloría Departamental SIA Contralorías - CHIP

- Reporte de Patrimonios autónomos

Ministerio de la Protección Social PISIS

- Compra de medicamentos (SISMED)
- Res. 256
- Res. 2175
- Res. 012 atención de extranjeros
- Circular 030 Saneamiento de cartera
- Soportes documentales de recursos transferidos por el ministerio
- Decreto 2193 de 2004 I trimestre de 2024

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Realización de mantenimientos preventivos

Planeado (Plan de Mantenimiento Preventivo)	Ejecutado	% Alcanzado	Observación
1200	1200	100	Cumple

Realización Copias de Seguridad Computadores

Planeado (Plan de Mantenimiento Preventivo)	Ejecutado	% Alcanzado	Observación
1200	1200	100	Cumple

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 103 de 279

Realización Copias de Seguridad Correos Electrónicos

Plataforma CTA Mail	Ejecutado	% Alcanzado	Observación
300	300	100	Cumple

RESULTADOS

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
INDICADOR 1	100%
INDICADOR 2	92.5%
INDICADOR 3	92.5%

Conclusiones

En 8 de las nueve sedes que conforman la red hospitalaria se han realizado a conformidad las actividades planificadas con el fin de garantizar la continuidad del servicio en ESE Moreno y Clavijo.

7.9 INFORME PROCESO RECURSOS FISICOS.

INTRODUCCION.

En el presente informe se pretende dar cuenta sobre el impacto que el proceso de recursos físicos ha generado en la red hospitalaria de la E.S.E Moreno y Clavijo en el segundo trimestre del 2024, se abordan aspectos relacionados con la gestión ALMACÉN, AMBIENTAL, INFRAESTRUCTURA y BIOMEDICO.

Para la vigencia 2024, el subproceso de Recursos físicos dio inicio con la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones y el Plan de Mantenimiento Hospitalario, planes que fueron elaborados y actualizados de acuerdo a las necesidades de los Hospitales y centros de salud adscritos a la entidad y ajustado al presupuesto oficial para la vigencia 2024, con el objetivo de realizar las actividades bajo las condiciones de calidad en la prestación de los servicios de la salud.

Cada vez que se reciben insumos en la bodega se realiza la revisión, comparado con la descripción en el contrato para verificar las características, forma, presentación, marca y/o estado de cada uno de los insumos que fueron contratados, logrando el 100% de oportunidad y calidad en la entrega de parte de cada uno de los proveedores. Si no cumple con las características antes mencionadas se hace

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 104 de 279

devolución al proveedor o el no recibimiento, como aquellos que son de cadena de frío y llegan a la institución por debajo de la temperatura mínima requerida para mantener el insumo en perfectas condiciones.

7.9.1. INFORME GESTION DE ALMACEN

El subproceso Gestión Almacén en el desarrollo de sus actividades en el segundo trimestre del 2024, se elaboraron estudios de mercado (revisando cotizaciones de oferentes con sus respectivos soportes, certificaciones de precios de acuerdo a los estudios de conveniencia y oportunidad, entradas de insumos y/o equipos, salidas a las diferentes sedes; así mismo se realizó registro en el software 360 de las entradas y salidas de insumos de consumo. Las solicitudes de las diferentes sedes se recibieron los 20 de cada mes de acuerdo a las necesidades, posteriormente el despacho desde el área de almacén, donde se soporta mediante formato GAL-FO-009 firmado por quien entrega, quien lo transporta y por el director que recibe. Se deja actualizado a 30 de junio el software 360 en cuanto a entradas y salidas registradas durante la vigencia. Los insumos que se despachan son de laboratorio, odontología, papelería, aseo, sistemas y comunicaciones (tintas y tóner), medicamentos, medico quirúrgicos, material de archivo, insumos de pghris, ropa hospitalaria, citología, entre otros.

Cada vez que se reciben los insumos en la bodega central se realiza la respectiva revisión, comparado con la descripción en el contrato para verificar las características, forma, presentación, marca y/o estado de cada uno de los insumos que fueron contratados, logrando el 100% de oportunidad y calidad en la entrega de parte de cada uno de los proveedores. Si no cumplen con las características antes mencionadas se hace devolución al proveedor o el no recibimiento, como aquellos que son de cadena de frío y llegan a la institución por debajo de la temperatura mínima requerida para mantener el insumo en perfectas condiciones.

RELACIÓN CONTRATOS RECIBIDOS Y VERIFICADOS

En el segundo trimestre del 2024 el sub proceso de almacén recibió y verificó la entrega por parte de los contratistas o proveedores de todos los elementos e insumos, equipos necesarios para el desarrollo de las diferentes actividades para brindar un servicio oportuno y eficiente enfatizado en la misión de la entidad, como se menciona en la tabla a continuación:

Tabla 1. Contratos ejecutados durante el corte ABRIL a MAYO por la E.S.E Moreno Y Clavijo para la vigencia 2024, los cuales son verificados en la plataforma salud 360.

		Bodega	Cons.	Cons. Mov.	Doc Numero	Tipo	Fecha	Tercero	SubTotal	Iva	Total	Total Estimado		
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	499	5	FE 59	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	28/02/2024	SOLUCIONES HORUS SAS ZOMAC	175.041.000,00	0,00	175.041.000,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	500	6	FEV 55	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	21/02/2024	LOGSOLUTIONS SAS ZOMAC	79.248.468,00	0,00	79.248.468,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	508	7	FE-8	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	04/03/2024	INGENIERÍA DISEÑOS Y CONTRUCCIONES DN SAS	104.784.052,00	0,00	104.784.052,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	577	8	FEV 56	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	28/02/2024	LOGSOLUTIONS SAS ZOMAC	287.513.310,00	0,00	287.513.310,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	578	9	FVBQ167	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	27/02/2024	LA MUJELA SAS	244.149.996,00	0,00	244.149.996,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	581	10	FVBG 54490	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	28/02/2024	LA MUJELA SAS	274.462.927,00	0,00	274.462.927,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	637	11	FVBG 60850	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	20/05/2024	LA MUJELA SAS	315.214.999,00	0,00	315.214.999,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	663	12	FEV 16	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	30/05/2024	DOTACIONES Y SUMINISTROS YURI SAS	24.990.000,00	4.748.100,00	29.738.100,00	4.748.100,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	664	13	101	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	10/05/2024	MARIA EUGENIA MARTINEZ HIGUERA	199.313.506,98	0,00	199.313.506,98	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	675	14	FEDT 1453	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	08/08/2024	DISTRIBUIDORA 2424 SAS	248.878.841,11	0,00	248.878.841,11	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	676	15	FEV49066	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	18/05/2024	LABCARE DE COLOMBIA SAS	20.645.324,00	0,00	20.645.324,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	680	16	FE-60	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	08/03/2024	SOLUCIONES HORUS SAS ZOMAC	177.161.106,00	0,00	177.161.106,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	690	17	FE-65	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	17/08/2024	SOLUCIONES HORUS SAS ZOMAC	241.330.500,00	0,00	241.330.500,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	693	18	02-2024	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	07/08/2024	YESSENIA YARLEDYS BELRAN PLATA	9.016.033,00	0,00	9.016.033,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	694	19	FEM121	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	25/08/2024	CONSTRUCCIONES SUMINISTROS Y CONSULTORIAS MANUELA SAS	99.503.990,00	0,00	99.503.990,00	0,00
				ALMACEN PRINCIPAL SEDE CENTRAL	695	20	01-2024	ADQUISICIÓN SIN ORDEN	07/08/2024	JOSE HONY LARRAHONDO MINA	45.009.391,00	0,00	45.009.391,00	0,00

INVENTARIO CONSUMO SEGUNDO TRIMESTRE 2024

Respecto al manejo y control de inventarios del segundo trimestre del 2024 se solicitó mensualmente el reporte de los consumos durante el periodo abril, mayo y junio del año en curso a cada hospital y centro de salud con el fin de revisar y analizar la información reportada de acuerdo a los insumos despachados por el área de almacén.

Es muy importante dar a conocer los consumos reportados por cada centro asistencial adscrito a la ESE MORENO Y CLAVIJO.

 MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN							GPL-FO-036	
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN							Versión 01	
								Página 106 de 279	

COSTO CONSUMO INSUMOS MÉDICOS - ADMINISTRATIVO DE LA RED HOSPITALARIA

Mes Mayo del 2024

MES:	ABRIL 2024									
HOSPITAL ESE MORENO Y CLAVIJO	CONSUMO MEDICAMENTOS	CONSUMO LABORATORIO	CONSUMO ODONTOLOGIA	CONSUMO MEDICO QUIRURGICO	CONSUMO RAYOS X	CONSUMO CITOLOGIA	CONSUMO ASEO / PGRHS	CONSUMO PAPELERIA / MATERIAL DE ARCHIVO	EQUIPOS BIOMEDICOS	TOTAL CONSUMO
HOSPITAL SAN LORENZO	\$ 16.789.036,00	\$ 18.602.432,78	\$ 6.918.080,00	\$ 5.539.112,00	\$ -	\$ 2.598.802,00	\$ 4.629.305,00	\$ 5.243.707,00	\$ -	\$ 60.320.474,78
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	\$ 9.119.805,00	\$ 27.341.388,00	\$ 1.884.983,00	\$ 3.296.357,00	\$ -	\$ -	\$ 3.670.228,00	\$ 3.429.747,00	\$ -	\$ 48.742.508,00
HOSPITAL SAN FRANCISCO	\$ 5.609.563,00	\$ 22.192.826,00	\$ 3.279.987,00	\$ 14.521.509,00	\$ 1.658.475,00	\$ 1.240.000,00	\$ 4.193.454,00	\$ 10.137.417,00	\$ 49.287.996,00	\$ 112.121.227,00
HOSPITAL SAN ANTONIO	\$ 24.370.326,00	\$ 24.641.875,00	\$ 1.339.180,00	\$ 24.349.763,00	\$ -	\$ 800.000,00	\$ 2.600.075,00	\$ 20.012.700,00	\$ 98.575.992,00	\$ 196.689.911,00
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	\$ 5.923.024,00	\$ 8.378.075,00	\$ 599.798,00	\$ 8.696.241,00	\$ 1.997.290,00	\$ -	\$ 4.955.672,00	\$ 7.924.102,00	\$ 21.946.080,00	\$ 60.420.282,00
HOSPITAL SAN JOSE	\$ 2.628.137,00	\$ 5.514.787,98	\$ 1.714.117,00	\$ 995.381,00	\$ 1.899.240,00	\$ -	\$ 1.060.153,00	\$ 6.899.336,00	\$ 16.429.332,00	\$ 37.140.483,98
CENTRO DE SALUD PANAMA	\$ 1.596.134,00	\$ 488.773,04	\$ 992.247,62	\$ 716.530,00	\$ -	\$ -	\$ 780.433,03	\$ 694.132,90	\$ -	\$ 5.268.250,59
CENTRO DE SALUD J.D.J.C	\$ 477.916,00	\$ 5.728.163,00	\$ 1.990.186,00	\$ 3.615.810,00	\$ -	\$ -	\$ 2.856.365,00	\$ 127.242,00	\$ -	\$ 14.795.682,00
SEDE CENTRAL	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2.739.426,63	\$ 13.857.620,04	\$ -	\$ 16.597.046,67

Mes Mayo del 2024

MES:	MAYO 2024										
HOSPITAL ESE MORENO Y CLAVIJO	CONSUMO MEDICAMENTOS	CONSUMO LABORATORIO	CONSUMO ODONTOLOGIA	CONSUMO MEDICO QUIRURGICO	CONSUMO RAYOS X	CONSUMO CITOLOGIA	CONSUMO ASEO / PGRHS	CONSUMO PAPELERIA / MATERIAL DE ARCHIVO	EQUIPOS BIOMEDICOS	DOTACION/ROPA HOSPITALARIA	TOTAL CONSUMO
HOSPITAL SAN LORENZO	\$ 14.945.181,00	\$ 23.113.898,35	\$ 7.206.546,49	\$ 4.926.933,00	\$ 986.510,00	\$ 2.021.555,00	\$ 4.182.149,65	\$ 4.831.079,70	\$ -	\$ -	\$ 62.213.853,19
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	\$ 9.685.406,00	\$ 5.165.996,00	\$ 4.783.676,00	\$ 3.605.671,00	\$ -	\$ -	\$ 3.399.180,00	\$ 2.674.767,00	\$ -	\$ -	\$ 29.314.696,00
HOSPITAL SAN FRANCISCO	\$ 6.609.562,00	\$ 23.394.847,00	\$ 3.563.097,00	\$ 15.284.601,00	\$ 1.474.200,00	\$ 1.240.000,00	\$ 4.270.063,00	\$ 4.422.854,00	\$ -	\$ -	\$ 60.259.224,00
HOSPITAL SAN ANTONIO	\$ 22.596.033,00	\$ 35.073.414,00	\$ 394.486,00	\$ 9.411.778,00	\$ -	\$ 458.900,00	\$ 15.824.875,00	\$ 6.438.625,00	\$ -	\$ 64.594.928,00	\$ 154.793.039,00
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	\$ 5.946.331,00	\$ 8.897.039,00	\$ 456.867,00	\$ 8.179.824,00	\$ 672.588,00	\$ -	\$ 2.530.221,00	\$ 1.442.012,00	\$ 2.697.918,00	\$ -	\$ 30.822.800,00
HOSPITAL SAN JOSE	\$ 3.070.253,00	\$ 3.794.477,00	\$ 1.276.189,00	\$ 1.023.114,00	\$ 679.484,00	\$ -	\$ 2.640.521,00	\$ 710.373,00	\$ -	\$ -	\$ 13.194.411,00
CENTRO DE SALUD PANAMA	\$ 1.377.005,00	\$ 1.981.661,86	\$ 358.376,30	\$ 719.517,00	\$ -	\$ -	\$ 1.854.641,82	\$ 2.391.444,79	\$ -	\$ -	\$ 8.682.646,77
CENTRO DE SALUD J.D.J.C	\$ 472.284,00	\$ 7.322.625,00	\$ 3.894.070,00	\$ 4.243.340,00	\$ -	\$ -	\$ 3.329.755,00	\$ 368.373,00	\$ -	\$ -	\$ 19.630.447,00
SEDE CENTRAL	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.571.289,60	\$ 11.166.725,31	\$ -	\$ -	\$ 12.738.014,91

Mes de junio de Julio del 2024

MES:	JUNIO 2024										
HOSPITAL ESE MORENO Y CLAVIJO	CONSUMO MEDICAMENTOS	CONSUMO LABORATORIO	CONSUMO ODONTOLOGIA	CONSUMO MEDICO QUIRURGICO	CONSUMO RAYOS X	CONSUMO CITOLOGIA	CONSUMO ASEO / PGRHS	CONSUMO PAPELERIA / MATERIAL DE ARCHIVO	EQUIPOS BIOMEDICOS	DOTACION/ROPA HOSPITALARIA	TOTAL CONSUMO
HOSPITAL SAN LORENZO	\$ 14.183.502,00	\$ 21.189.887,00	\$ 4.480.075,00	\$ 4.648.229,00	\$ -	\$ 2.614.635,00	\$ 3.569.548,00	\$ 4.550.756,00	\$ -	\$ 918.000,00	\$ 56.154.632,00
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	\$ 12.526.888,00	\$ 2.996.048,00	\$ 4.732.017,00	\$ 4.973.292,00	\$ -	\$ -	\$ 21.345.286,00	\$ 2.196.644,00	\$ -	\$ -	\$ 48.770.175,00
HOSPITAL SAN FRANCISCO	\$ 6.307.919,00	\$ 23.458.639,00	\$ 3.178.026,00	\$ 10.747.202,00	\$ -	\$ 310.000,00	\$ 3.096.338,00	\$ 2.309.144,00	\$ -	\$ -	\$ 49.407.268,00
HOSPITAL SAN ANTONIO	\$ 22.076.156,00	\$ 41.649.451,00	\$ 488.193,00	\$ 23.985.546,00	\$ -	\$ 650.000,00	\$ 1.731.750,00	\$ 337.815,00	\$ -	\$ -	\$ 90.918.911,00
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	\$ 5.156.142,00	\$ 8.736.382,98	\$ 1.065.721,06	\$ 6.952.162,00	\$ 768.796,00	\$ -	\$ 2.385.340,70	\$ 836.894,87	\$ -	\$ -	\$ 25.901.439,61
HOSPITAL SAN JOSE	\$ 6.645.657,00	\$ 11.512.956,59	\$ 1.299.034,00	\$ 935.912,00	\$ -	\$ -	\$ 1.181.729,00	\$ 415.310,00	\$ -	\$ 11.880.329,00	\$ 33.870.927,59
CENTRO DE SALUD PANAMA	\$ 1.426.444,00	\$ 3.316.343,97	\$ 1.070.111,44	\$ 1.199.550,00	\$ -	\$ -	\$ 1.610.804,74	\$ 2.753.524,81	\$ -	\$ -	\$ 11.376.779,00
CENTRO DE SALUD J.D.J.C	\$ 533.004,00	\$ 5.620.155,00	\$ 1.986.698,00	\$ 5.805.499,00	\$ -	\$ -	\$ 4.832.268,00	\$ 854.836,00	\$ -	\$ 8.613.061,00	\$ 28.245.521,00
SEDE CENTRAL	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 34.968,32	\$ 1.963.452,55	\$ -	\$ -	\$ 1.998.420,87

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 107 de 279

7.9.2 INFORME SUBPROCESO GESTIÓN AMBIENTAL

Desde el proceso de gestión ambiental de la ESE Moreno y Clavijo se busca la creación de una cultura ambiental en cada uno de sus funcionarios con el fin de generar una responsabilidad en ellos, principalmente en las actividades de manejo de residuos y uso eficiente del agua y la energía.

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

GESTIONES

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

Se les solicitó a los Hospitales y Centros de Salud por medio de correo electrónico el envío de las actas del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, así como, el formato RH1 en soporte digital (Excel). Con el fin de mantener al día la información soporte para elaborar los respectivos informes de gestión. A través del análisis de los formatos RH1 diligenciados en cada sede hospitalaria se logra establecer las cantidades y los tipos de residuos producidos, con esta información se procede a determinar los indicadores de destinación de los residuos hospitalarios los cuales son necesarios para la presentación del informe anual de indicadores de manejo de

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 108 de 279

residuos entregado la unidad administrativa especial de salud de Arauca (UAESA), a su vez dicha información se utiliza como referencia para supervisar las cantidades cobradas por la empresa recolectora al momento de enviar las facturas de cobro conjunto con el manifiesto de recolección y transporte de los residuos. Se diligencian las actas de supervisión y cumplimiento y se envían a los hospitales para su firma con la que se garantiza que la cantidad de residuos cobrados efectivamente es la misma que los residuos recolectados. Al momento de contar con toda la documentación y requisitos legales se procede a iniciar el trámite de la cuenta para la realización de los pagos por la prestación del servicio. Como constancia del manejo correcto y disposición final de los residuos reposan como archivo las actas de disposición final de los residuos.

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

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

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

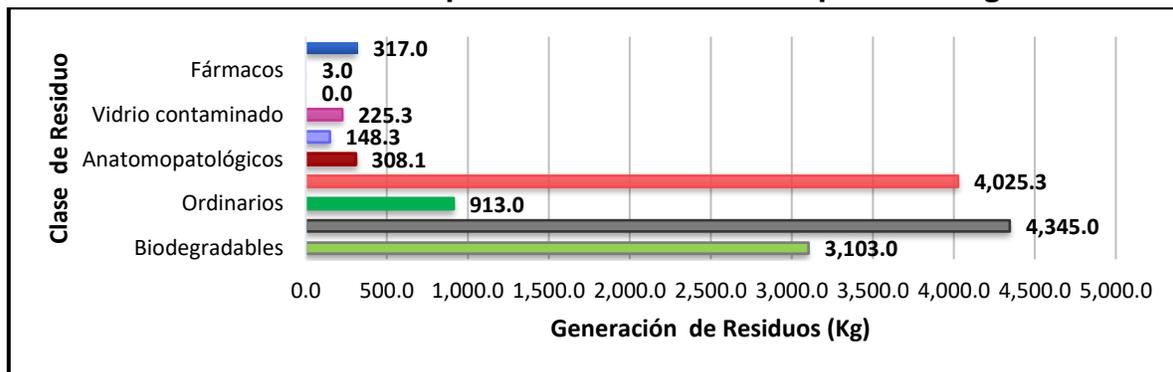
Finalmente, para este periodo se realizaron los respectivos acompañamientos en las visitas de habilitación e inspección de vigilancia y control sanitario realizadas por parte de la unidad administrativa especial de salud de Arauca (UAESA) a las sedes hospitalarias según cronograma interno de la UAESA.

RESULTADOS: CANTIDAD DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

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

HOSPITALES Y/O CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO	Residuos Peligrosos	No Residuos Peligrosos
Hospital San Lorenzo de Arauquita	1.941	884
Hospital San Antonio de Tame	2149	1573.5
Hospital San Francisco de Fortul	1.941	953
Hospital San Ricardo Pampuri de La Esmeralda	819	238.3
Hospital San Juan De Dios de Puerto Rondón	299	105
Hospital San José de Cravo Norte	208	326
Centro de Salud de Puerto Jordán	796	496.3
Centro de Salud de Panamá de Arauca	0	130.9
TOTAL RESIDUOS (Kg)	8153	4707

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



INDICADORES DE DESTINACIÓN

- Indicadores de destinación para incineración**

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

$$Idd = \left(\frac{R_d}{R_T} \right) \times 100$$

$$IDD = \left(\frac{4707 \text{ kg/II trimestre año 2024}}{13.388 \text{ kg/II trimestre año 2024}} \right) \times 100$$

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 110 de 279

$$I_{dd} = 35.15 \%$$

Donde:

I_D: Indicador de destinación para incineración.

R_I: Cantidad de residuos incinerados (Kg/ II trimestre de 2024)

R_T: Cantidad total de residuos producidos por la ESE Departamental Moreno y Clavijo (Kg/ II trimestre de 2024)

- **Indicadores de destinación para relleno sanitario**

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

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

$$ID_{RS} = \left(\frac{8153 \text{ kg/II trimestre año 2024}}{11.388 \text{ kg/II trimestre año 2024}} \right) \times 100$$

$$ID_{RS} = 71.59 \%$$

Donde:

I_{D_{RS}}: Indicador de destinación para relleno sanitario.

R_{RS}: Cantidad de residuos dispuestos en relleno sanitario (Kg/ II trimestre de 2024)

R_T: Cantidad total de residuos producidos por la ESE Departamental Moreno y Clavijo (Kg/ II trimestre de 2024).

INDICADORES ESTADÍSTICOS DE ACCIDENTALIDAD

- **Indicador de Incidencia**

Es el número de accidentes laborales reportados por riesgo biológico en el segundo trimestre de 2024 con relación al total de trabajadores contratados para el mismo periodo:

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 111 de 279

$$II = \left(\frac{\# \text{ de Accidentes por riesgo biológico reportados en el II trimestre año 2024}}{\# \text{ de personas contratadas en la red hospitalaria en el II trimestre año 2024}} \right) \times 100$$

$$II = \left(\frac{1 \text{ accidentes por riesgo biológico}}{852 \text{ personas contratadas en el II trimestre año 2024}} \right) \times 100$$

$$II = 0.117 \%$$

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

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

7.9.3 INFORMR GESTION DE INFRAESTRUCTURA

Dando cumplimiento a las actividades establecidas en el Plan de Acción para la vigencia 2024 del proceso de Infraestructura de la ESE Departamental Moreno y Clavijo, se lleva a cabo este informe con la finalidad de dar a conocer todas las actividades realizadas por parte del presente proceso, donde se describe el contenido de cada actividad y soportado por registro fotográfico. El periodo comprendido de este Informe es del 01 de abril de 2024 al 30 de junio del 2024.

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

Para el segundo trimestre (abril, mayo y junio) de la vigencia 2024, se solicita a cada uno de los hospitales adscritos a la ESE Moreno y Clavijo, los informes trimestrales acordes al plan de mantenimiento, verificando la ejecución de actividades en las instalaciones de cada uno de los centros asistenciales.

Lo anterior, con el fin de conservar el estado de las infraestructuras hospitalarias, permitiendo un buen ambiente de trabajo en áreas adecuadas y creando una cultura de preservación y cuidado de las instalaciones como una actividad permanente y

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 112 de 279

continua. A este documento se anexan los informes de mantenimiento de cada uno de los centros asistenciales.

Ilustración 1. SOLICITUD INFORMES MANTENIMIENTO - SEGUNDO TRIMESTRE 2024.



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

PROYECTOS EN FORMULACIÓN.

Teniendo en cuenta la directriz por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y las observaciones recibidas por MSPS y UAESA, el área de infraestructura se encuentra en los ajustes de la formulación de los siguientes proyectos para su respectiva revisión.

- “CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA”.
- "ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD AGUACHICA DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA ".
- "ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD BETOYES DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 113 de 279

- "ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARACOLAS DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA"
- "ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD FILIPINAS DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA".
- "ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD LA VEINTE DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA ".
- "ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD MAPOY DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASIS-TENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA".
- "ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD PUERTO MIRANDA DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA".
- "ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD PUERTO GAITÁN DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA".
- "ADECUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD EL SALEM DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA".

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 114 de 279

CONTRATOS EN EJECUCIÓN.

- **CONTRATO DE OBRA No. 007-0001 DE 2024 CON OBJETO “ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD LA PESQUERA DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.**

Este proyecto inicia su ejecución el 28 de febrero de 2024 y tiene como alcance el cambio de cubierta, adecuaciones de las áreas internas en cuanto a pañete, estuco, pintura en vinilo, pintura epoxica, cielo raso en lamina PVC, cambio de puertas y ventanas, pisos, enchapes, mejoramiento de las instalaciones sanitarias, hidráulicas y eléctricas. Lo anterior, debido al gran deterioro que presenta la infraestructura.

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

CONTRATISTA:	CONSTRUCCIÓN SERVICIOS SUMINISTROS E INGENIERÍA S.A.S.
OBJETO CONTRACTUAL:	“ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD LA PESQUERA DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.
NIT. :	901016953-2
REPRESENTANTE LEGAL:	JHON FREDY GARCIA BELTRAN
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 526.998.330,54
VALOR DEL ANTICIPO (40%):	\$ 210.799.332,22
FECHA INICIO:	28/02/2024
FECHA DE TERMINACION:	23/08/2024
PLAZO CONTRACTUAL:	4 MESES
ESTADO ACTUAL:	En ejecución
AVANCE DE OBRA:	65%

REGISTRO FOTOGRAFICO



- **CONTRATO DE OBRA No. 007-0002 DE 2024 CON OBJETO “ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD LAS MALVINAS DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.**

Este proyecto inicia su ejecución el 28 de febrero de 2024 y tiene como alcance el cambio de cubierta, adecuaciones de las áreas internas en cuanto a pañete, estuco, pintura en vinilo, pintura epoxica, cielo raso en lamina PVC, cambio de puertas y ventanas, pisos, enchapes, mejoramiento de las instalaciones sanitarias, hidráulicas y eléctricas. Lo anterior, debido al gran deterioro que presenta la infraestructura. A continuación, se relaciona la información del contrato de obra celebrado entre la ESE Moreno y Clavijo E inversiones PICO E.U.

CONTRATISTA:	“CONSORCIO PS CUSAY”
OBJETO CONTRACTUAL:	“ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD LAS MALVINAS DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.
NIT. :	834001908-2
REPRESENTANTE LEGAL:	CECILIO DIAZ PICO
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 399.571.955,71
VALOR DEL ANTICIPO (40%):	\$ 159.828.782,28
FECHA INICIO:	28/02/2024
FECHA DE TERMINACION:	23/08/2024
PLAZO CONTRACTUAL:	4 MESES
ESTADO ACTUAL:	En ejecución
AVANCE DE OBRA:	63%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 116 de 279

REGISTRO FOTOGRAFICO



- **CONTRATO DE OBRA No. 007-0003 DE 2024 CON OBJETO “ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD ALTO CAUCA DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.**

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 117 de 279

Este proyecto inicia su ejecución el 14 de marzo de 2024 y tiene como alcance el cambio de cubierta, adecuaciones de las áreas internas en cuanto a pañete, estuco, pintura en vinilo, pintura epoxica, cielo raso en lamina PVC, cambio de puertas y ventanas, pisos, enchapes, mejoramiento de las instalaciones sanitarias, hidráulicas y eléctricas. Lo anterior, debido al gran deterioro que presenta la infraestructura.

A continuación, se relaciona la información del contrato de obra celebrado entre la ESE Moreno y Clavijo y Consorcio PS Alto Cauca.

CONTRATISTA:	"CONSORCIO PS ALTO CAUCA"
OBJETO CONTRACTUAL:	"ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD ALTO CAUCA DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA"
NIT. :	901811319-2
REPRESENTANTE LEGAL:	JOSE LUIS ANTOLINEZ SANABRIA.
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 237.770.856,00
VALOR DEL ANTICIPO (40%):	\$ 95.108.342,4
FECHA INICIO:	14/03/2024
FECHA DE TERMINACION:	14/09/2024
PLAZO CONTRACTUAL:	4 MESES
ESTADO ACTUAL:	Suspendido por el término de un mes, debido a las alteraciones del orden público que se están presentando en la zona.
AVANCE DE OBRA:	40%

- **CONTRATO DE OBRA No. 007-0004 DE 2024 CON OBJETO "ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD CAMAME DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA".**

Este proyecto inicia su ejecución el 15 de marzo de 2024 y tiene como alcance el cambio de cubierta, adecuaciones de las áreas internas en cuanto a pañete, estuco, pintura en vinilo, pintura epoxica, cielo raso en lamina PVC, cambio de puertas y ventanas, pisos, enchapes, mejoramiento de las instalaciones sanitarias, hidráulicas y eléctricas. Lo anterior, debido al gran deterioro que presenta la infraestructura.

A continuación, se relaciona la información del contrato de obra celebrado entre la ESE Moreno y Clavijo y Consorcio PS Camame.

CONTRATISTA:	"CONSORCIO PS ALTO CAUCA"
OBJETO CONTRACTUAL:	"ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD CAMAME DEL MUNICIPIO DE TAME DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA"
NIT. :	901811216-1
REPRESENTANTE LEGAL:	JOSE LUIS ANTOLINEZ SANABRIA.
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 216.373.120,13

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 118 de 279

VALOR DEL ANTICIPO (40%):	\$ 86.549.248,05
FECHA INICIO:	15/03/2024
FECHA DE TERMINACION:	15/09/2024
PLAZO CONTRACTUAL:	4 MESES
ESTADO ACTUAL:	Suspendido por el término de un mes, debido a las alteraciones del orden público que se están presentando en la zona.
AVANCE DE OBRA:	61%

REGSTRO FOTOGRAFICO



- **CONTRATO DE OBRA No. 007-0005 DE 2024 CON OBJETO “ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD INDIGENA CUSAY-LA COLORADA DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.**

Este proyecto inicia su ejecución el 15 de marzo de 2024 y tiene como alcance el cambio de cubierta, adecuaciones de las áreas internas en cuanto a pañete, estuco, pintura en vinilo, pintura epoxica, cielo raso en lamina PVC, cambio de puertas y ventanas, pisos, enchapes, mejoramiento de las instalaciones sanitarias, hidráulicas y eléctricas. Lo anterior, debido al gran deterioro que presenta la infraestructura.

A continuación, se relaciona la información del contrato de obra celebrado entre la ESE Moreno y Clavijo y Consorcio PS Cusay.

CONTRATISTA:	“CONSORCIO PS CUSAY”
OBJETO CONTRACTUAL:	“ADECUACION MENOR DEL PUESTO DE SALUD INDIGENA CUSAY-LA COLORADA DEL MUNICIPIO DE FORTUL DE LA RED ASISTENCIAL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA”.
NIT. :	901811814-7
REPRESENTANTE LEGAL:	JOSE LUIS ANTOLINEZ SANABRIA.
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 345.634.458,69

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 119 de 279

VALOR DEL ANTICIPO (40%):	\$ 138.253.783,48
FECHA INICIO:	15/03/2024
FECHA DE TERMINACION:	26/08/2024
PLAZO CONTRACTUAL:	4 MESES
ESTADO ACTUAL:	En ejecución
AVANCE DE OBRA:	55%

REGISTRO FOTOGRAFICO



- **CONTRATO DE OBRA No. 007-0006 DE 2024 CON OBJETO “MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA”**

Este proyecto inicia su ejecución el 04 de abril de 2024 y tiene como alcance el cambio de cubierta, adecuaciones de las áreas internas en cuanto a pañete, estuco, pintura en vinilo, pintura epoxica, cielo raso en lamina PVC, cambio de puertas y ventanas, pisos, enchapes, mejoramiento de las instalaciones sanitarias, hidráulicas y eléctricas. Lo anterior, debido al gran deterioro que presenta la infraestructura. A continuación, se relaciona la información del contrato de obra celebrado entre la ESE Moreno y Clavijo y CONSORCIO HOSPITAL SFF2024.

CONTRATISTA:	“CONSORCIO HOSPITAL SFF2024”
OBJETO CONTRACTUAL:	“MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA”
NIT. :	901812615-2
REPRESENTANTE LEGAL:	ROGER FELIPE CAMPOS BARRETO
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 6.099.923.126,00
VALOR DEL ANTICIPO (40%):	\$ 2.439.969.250,4
FECHA INICIO:	04/04/2024
FECHA DE TERMINACION:	04/10/2024
PLAZO CONTRACTUAL:	6 MESES
ESTADO ACTUAL:	En ejecución
AVANCE DE OBRA:	20%

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 120 de 279

REGSTRO FOTOGRAFICO



HISTORIAL DIGITAL DEL PROCESO DE INFRAESTRUCTURA:

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

Correspondencia:	<ul style="list-style-type: none"> • Recibida • Enviada
Formulación proyectos:	<p>PROYECTOS 2023 APROBADOS POR EL MSPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento Y Adecuación De La Infraestructura Física Del Hospital San Francisco De Fortul, Departamento De Arauca. • "Adecuación Menor Del Puesto De Salud La Pesquera Del Municipio De Arauquita De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Menor Del Puesto De Salud Indígena Cusay-La Colorada Del Municipio De Fortul De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Menor Del Puesto De Salud Camame Del Municipio De Tame De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Menor Del Puesto De Salud Alto Cauca Del Municipio De Tame De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Menor Del Puesto De Salud Las Malvinas Del Municipio De Tame De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". <p>PROYECTOS PRESENTADOS ANTE LA UAESA PARA SER REMITIDOS AL MSPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Adecuación Del Puesto De Salud Aguachica Del Municipio De Arauquita De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Del Puesto De Salud Betoeyes Del Municipio De Tame De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca".

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 121 de 279

	<ul style="list-style-type: none"> • "Adecuación Del Puesto De Salud Caracoles Del Municipio De Fortul De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Del Puesto De Salud Filipinas Del Municipio De Tame De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Del Puesto De Salud La Veinte Del Municipio De Fortul De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Del Puesto De Salud Mapoy Del Municipio De Tame De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Del Puesto De Salud Puerto Miranda Del Municipio De Tame De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Del Puesto De Salud Puerto Gaitán Del Municipio De Tame De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca". • "Adecuación Del Puesto De Salud El Salem Del Municipio De Fortul De La Red Asistencial De La Ese Moreno Y Clavijo Del Departamento De Arauca".
Ejecución y liquidación de Contratos de Obra y Consultoría	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de obra No. 007-0001 de 2023. Con objeto: "MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LAS BODEGAS DE LA SEDE ADMINISTRATIVA DE ESE MORENO Y CLAVIJO EN LE MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA". • Contrato de Consultoría No. 009-0001 de 2023. CONSULTORIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA PRESENTACIÓN DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL HOSPITAL SAN LORENZO DEL MUNICIPIO DE ARAUQUITA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA". • Contrato de Consultoría No. 009-0003 de 2023. Con objeto: "SERVICIO DE CONSULTORIA PARA REALIZAR LOS ESTUDIO Y DISEÑOS PARA LOS PROYECTOS DE REPOSICION DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EL OASIS, PARAISO, LA PAZ, PUERTO NIDIA, LA ORQUETA, FILIPINAS Y CARANAL DE LOS MUNICIPIOS DE ARAQUITA, FORTUL Y TAME, DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA". <ul style="list-style-type: none"> - "Construcción Y Reposición Del Centro De Atención Primaria El Oasis Del Municipio De Arauquita, Departamento De Arauca". - "Construcción Y Reposición Del Centro De Atención Primaria El Paraíso Del Municipio De Arauquita, Departamento De Arauca". - "Construcción Y Reposición Del Centro De Atención Primaria La Paz Del Municipio De Arauquita, Departamento De Arauca". - "Construcción Y Reposición Del Centro De Atención Primaria La Reineria Del Municipio De Arauquita, Departamento De Arauca". - "Construcción Y Reposición Del Centro De atención Primaria Caranal Del Municipio De Fortul, Departamento De Arauca". - "Construcción Y Reposición Del Centro De atención Primaria La Horqueta Del Municipio De Tame, Departamento De Arauca". - "Construcción Y Reposición Del Centro De atención Primaria Puerto Nidia-Juan Carlos Chamat Del Municipio De Tame, Departamento De Arauca".
Planos Hospitales en DWG:	<ul style="list-style-type: none"> • Plano arquitectónico Hospital Antiguo San Antonio – TAME. • Plano arquitectónico Hospital Nuevo San Antonio – TAME. • Plano arquitectónico Hospital San Francisco – FORTUL. • Plano arquitectónico Hospital San José – CRAVO NORTE.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 122 de 279

	<ul style="list-style-type: none"> • Plano arquitectónico Hospital San Lorenzo – ARAUQUITA. • Plano arquitectónico Hospital San Juan de Dios – PUERTO RONDON. • Plano arquitectónico Sede Administrativa – TAME • Levantamiento topográfico puestos de salud. • Plano arquitectónico Casa Medica Fortul. • Plano arquitectónico Centro de Salud de Panamá de Arauca
Plan mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Informes plan mantenimiento – Trimestre I, II, III y IV para la vigencia 2023. • Informes plan mantenimiento – Trimestre I para la vigencia 2024.
Informes de gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de gestión - Trimestre I, II, III y IV para la vigencia 2023. • Informes plan mantenimiento – Trimestre I para la vigencia 2024.
SIHO	<ul style="list-style-type: none"> • Soportes y actualización de la plataforma SIHO – Trimestre I, II, III y IV para la vigencia 2023. • Soportes y actualización anual de la plataforma SIHO – Vigencia 2023. • Soportes y actualización de la plataforma SIHO – Trimestre I para la vigencia 2024.
Certificados REPS	<ul style="list-style-type: none"> • REPS Centro De Salud Panamá De Arauca. • REPS Centro De Salud Juan Jesús Coronel De Pueblo Nuevo. • REPS Hospital San José De Cravo Norte. • REPS Hospital San Juan De Dios De Rondón. • REPS Hospital San Francisco De Fortul. • REPS Hospital San Lorenzo. • REPS Hospital San Ricardo Pampuri De La Esmeralda. • REPS Hospital San Antonio De Tame. • REPS Puesto De Salud Aguachica. • REPS Puesto De Salud Alto Cauca. • REPS Puesto De Salud Betoyes. • REPS Puesto De Salud Camame. • REPS Puesto De Salud Caracoles. • REPS Puesto De Salud Cananal. • REPS Puesto De Salud Indígena Cusay- La Colorada. • REPS Puesto De Salud El Paraíso. • REPS Puesto De Salud Filipinas. • REPS Puesto De Salud Puerto Gaitán. • REPS Puesto De Salud La 20. • REPS Puesto De Salud La Horqueta. • REPS Puesto De Salud La Paz. • REPS Puesto De Salud La Pesquera • REPS Puesto De Salud Las Malvinas. • REPS Puesto De Salud Mapoy. • REPS Puesto De Salud Puerto Miranda. • REPS Puesto De Salud El Oasis. • REPS Puesto De Salud Puerto Nidia-Juan Carlos Chamat. • REPS Puesto De Salud La Reineria. • REPS Puesto De Salud El Salem.
Resoluciones Posesión de un Bien Inmueble de Uso Publico	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución No. 3091 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud Aguachica. • Resolución No. 896 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud Alto Cauca. • Resolución No. 897 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud Betoyes. • Resolución No. 898 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud Camame. • Resolución No. 030 (noviembre 17 de 2022) _Puesto De Salud Caracoles. • Resolución No. 033_ (noviembre 17 de 2022) _Puesto De Salud Cananal. • Resolución No. 034 (noviembre 17 de 2022) _Puesto De Salud Indígena Cusay- La Colorada. • Resolución No. 892 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud Filipinas. • Resolución Puesto De Salud Puerto Gaitán. • Resolución No. 032 (noviembre 117 de 2022) _Puesto De Salud La 20. • Resolución No. 894 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud La Horqueta. • Resolución No. 3088 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud La Paz. • Resolución No. 3090 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud La Pesquera • Resolución No. 890 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud Las Malvinas. • Resolución No. 893 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud Puerto Miranda.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 123 de 279

<ul style="list-style-type: none"> • Resolución No. 3089 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud El Oasis. • Resolución No. 895 (noviembre 18 de 2022) _Puesto De Salud Puerto Nidia-Juan Carlos Chamat. • Resolución No. 031 (noviembre 17 de 2022) _Puesto De Salud El Salem.
--

7.9.4 INFORME GESTIÓN BIOMEDICO

INFORME DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS CON TECNOLOGÍA BIOMÉDICA – PRIMER TRIMESTRE DE 2024.

La EMPRESA CONSTRUCTORA, PROVEEDORA Y CONSULTORA DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS S.A.S “EMCOPROYECT”, encargada de realizar los mantenimientos preventivos y correctivos a los equipos de tecnología biomédica, existentes en la red de hospitales y centros de salud pertenecientes a la E.S.E Moreno y Clavijo, bajo el contrato de prestación de servicios No 004-0003 de 2024.

ANALISIS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS CON TEGNOLOGIA BIOMEDICA.

De igual forma la **EMPRESA CONSTRUCTORA, PROVEEDORA Y CONSULTORA DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS S.A.S “EMCOPROYECT”**, cuenta con las herramientas y los instrumentos de análisis y calibración, certificados internacionalmente para un óptimo desarrollo y prestación de este servicio. Así como Poner a disposición personal técnica y calificada para cumplir a cabalidad con el desarrollo del objeto contractual. Dicho contrato entró en ejecución el día 12 de enero del año en curso con el siguiente grupo de trabajo:

ESPECIALIDAD

INGENIERO BIOMÉDICO
TECNOLOGO BIOMEDICO
AUXILIAR EN MANTENIMIENTO
AUXILIAR EN MANTENIMIENTO
DIGITADOR

Este grupo se unificó y presentó un cronograma de trabajo para iniciar los mantenimientos programados, en cada una de los distintos Hospitales y centros de Salud adscritos a la **E.S.E Moreno y Clavijo**, programando una Visita cuatrimestral, para desarrollar las siguientes labores:

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 124 de 279

- Implementación de un sistema ordenado para la realización de las hojas de vida de cada uno de los equipos biomédicos existentes en cada hospital y Centro de Salud adscrito a la **ESE Moreno y Clavijo**.
- Ficha técnica y/o reporte de cada equipo biomédico a cuál se le ha de realizar mantenimiento preventivo o correctivo.
- Mantenimiento correctivo y preventivo a los equipos incluidos en el contrato 04-0003 de 2024.
- Recolección y tabulación de los diferentes equipos que se encuentran fuera de servicio y lista para dar de baja.
- Inventario actualizado de los equipos biomédicos de los diferentes hospitales y centros de salud adscritos a la **E.S.E MORENO Y CLAVIJO**.
- Para cumplir a cabalidad con la presentación de los reportes de mantenimiento correspondientes a la totalidad de los equipos dentro del inventario y los equipos existentes, se hace uso de los cincuenta y cuatro (54) formatos dispuestos por el contratante, formatos numerados desde el **GMT-FO-011** hasta **GMT-FO-065** en orden ascendente. Como nota aclaratoria, existen equipos que nos están cubiertos por los formatos suministrados por Gestión de la Calidad y para los cuales se hizo uso de los formatos tradicionales de la empresa. Los equipos para los cuales fue preciso usar dicho tipo de reportes son los siguientes:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fonendoscopio ✓ Bomba de Infusión ✓ Termómetro (Digital) ✓ Termohigrómetro ✓ Olla de Esterilización ✓ Lámpara de Aglutinación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sierra corta gasa ✓ Digitalizador de Placas ✓ Ejercitador de Mano ✓ Impresora Ecógrafo ✓ Sistema de Pedales ✓ Sistema de Pesas
--	---

Estas visitas técnicas se han realizado a cabo de la siguiente manera en los distintos Hospitales y Centros de Salud adscritos a la **ESE Moreno y Clavijo**:

Este reporte lo garantiza, los distintos Jefes de las áreas de servicios de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la **E.S.E Moreno y Clavijo**, son quienes les dan el visto bueno al funcionamiento de los mantenimientos realizados, y a la

vez le certifica a la institución el buen desempeño de los equipos biomédicos; además es el soporte de información para el trámite de sistematización de los trabajos realizados para cada equipo, logrando manejar un historial en su vida útil y fortaleciendo el cumplimiento exigido por el ente de control, como es la superintendencia de salud. (Circular 029 marzo 13 de 1997).

Periodo del informe: el periodo de trabajo en los hospitales adscritos a la **ESE MORENO Y CLAVIJO** es del segundo trimestre 2024.

ANÁLISIS TÉCNICO Y SOPORTE DE LOS SERVICIOS

HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI

TABLA DE EQUIPOS CON MANTENIMIENTO BIOMÉDICO	
Equipos existentes	135
Equipos al día en mantenimiento	135
Equipos pendientes de mantenimiento	0

Los mantenimientos realizados en el Hospital San Ricardo Pampuri de la esmeralda, se cumplió con el 100% de los mantenimientos programados en la visita preventiva, correctiva y así se asegura el funcionamiento de cada uno de los equipos biomédicos existentes en el hospital.

REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI

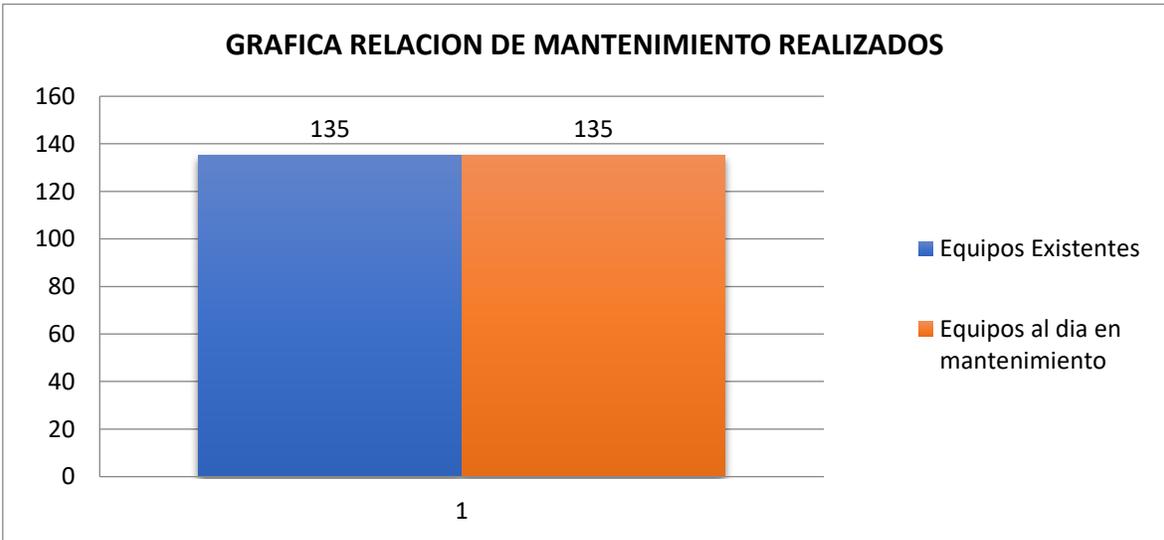
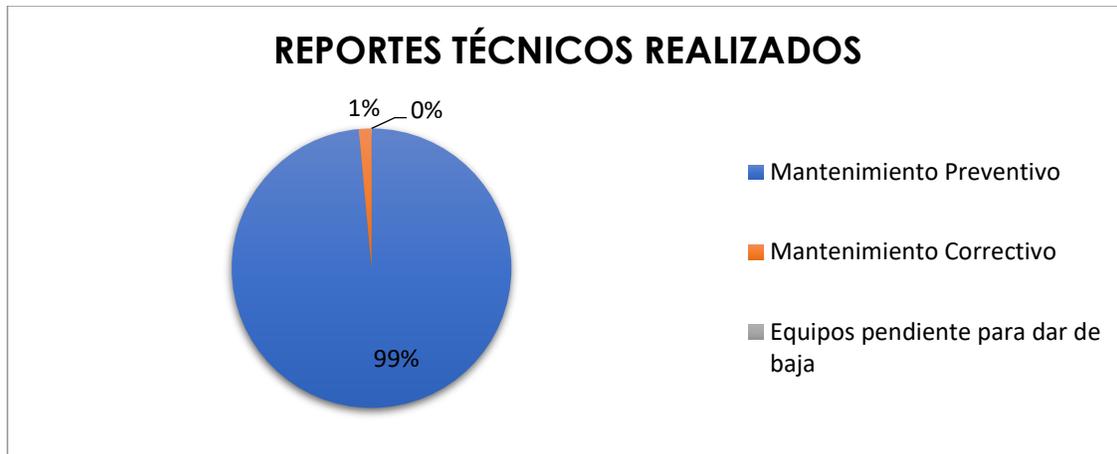


TABLA DE REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS

Mantenimientos preventivos	135
Mantenimientos correctivos	02
Equipos pendientes para dar de baja	0
Total	137

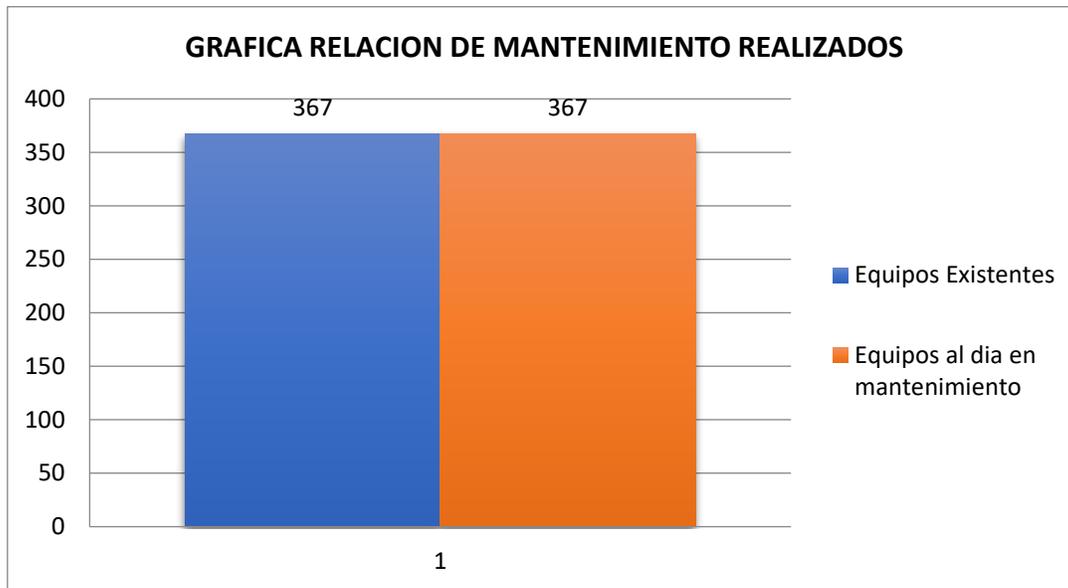


Durante la jornada de mantenimiento llevada a cabo en esta institución es preciso resaltar el buen estado de los equipos biomédicos de los que allí se hace uso, el 99% fue de mantenimiento preventivo contrastado con el 1% que fue necesario practicarle mantenimiento correctivo para hacerlo totalmente funcional y apto para los servicios.

Sin mayores complicaciones en su desarrollo y sus equipos quedaron en funcionando correctamente según protocolos de fabricante.

- **HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME**

TABLA DE EQUIPOS CON MANTENIMIENTO BIOMÉDICO	
Equipos existentes	367
Equipos al día en mantenimiento	367
Equipos pendientes de mantenimiento	0

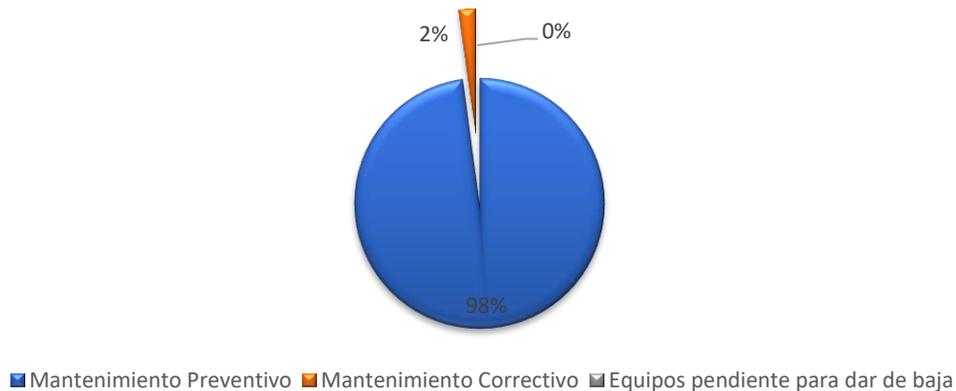


Evidenciamos que el total de mantenimientos realizados en el Hospital San Antonio de Tame son 367 equipos realizando la **EMPRESA CONSTRUCTORA, PROVEEDORA Y CONSULTORA DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS S.A.S “EMCOPROJECT”** cubriendo el 100 % del total existente y así cumpliendo con el objeto contractual.

REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

TABLA DE REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS	
Mantenimientos preventivos	367
Mantenimientos correctivos	08
Equipos Pendiente para Baja	0
Total	375

REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS

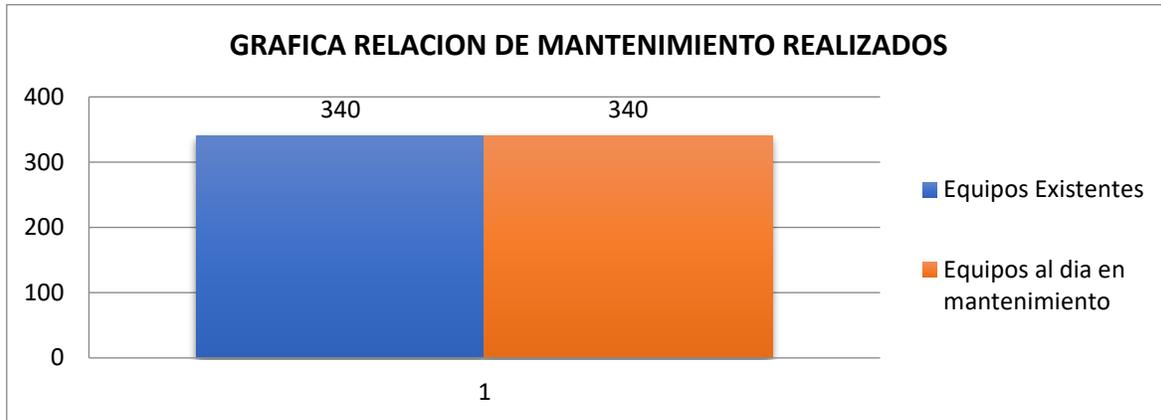


Los reportes realizados en la visita correctiva en el Hospital San Antonio de Tame, de un total de 375 informes técnicos, el 98% corresponden a mantenimientos Preventivos, el 2 % a Mantenimientos correctivos y 0% a equipos pendientes por dar de baja. Al ser la sede más compleja dentro de las adscritas a la E.S.E, se tiene la categoría en la que se incluyen equipos al final del ciclo de vida útil, los cuales presentan funcionalidad con intermitencias y que deberán ser retirados del servicio paulatinamente.

Sin mayores complicaciones en su desarrollo y sus equipos quedaron en funcionando correctamente según protocolos de fabricante.

- HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL**

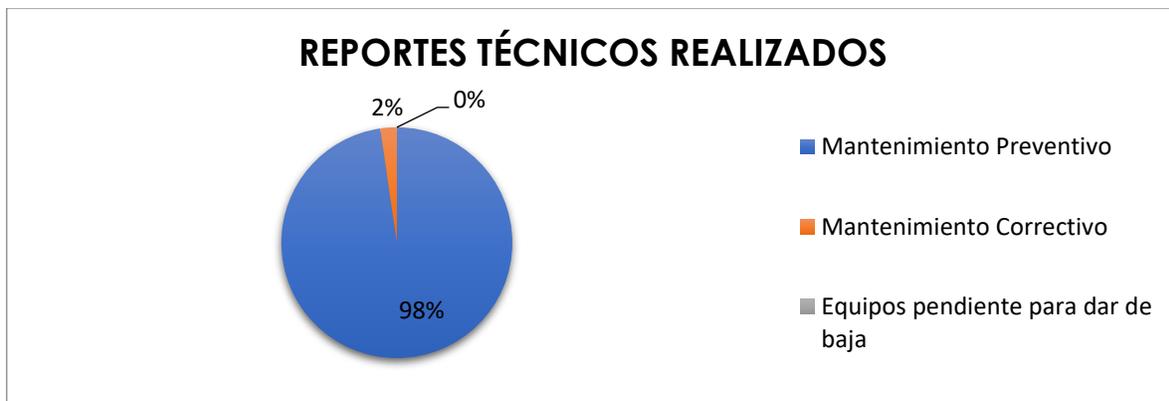
TABLA DE EQUIPOS CON MANTENIMIENTO BIOMÉDICO	
Equipos existentes	340
Equipos al día en mantenimiento	340
Equipos pendientes de mantenimiento	0



En el Hospital San Francisco de Fortul, hasta la fecha se han realizado 340 mantenimientos preventivos y correctivos estipulados en el contrato para así cumplir con la totalidad del 100% y asegurando la operatividad de los equipos.

REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL

TABLA DE REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS	
Mantenimientos preventivos	340
Mantenimientos correctivos	08
Equipos Pendiente para Baja	0
Total	348



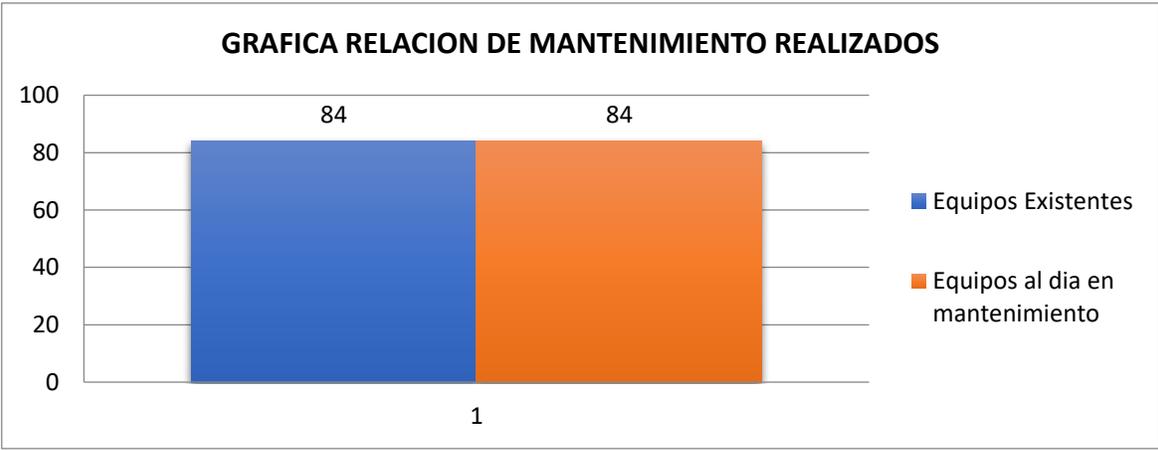
Para efectos cuantitativos, la gráfica muestra de forma innegable que la gran mayoría de los equipos biomédicos gozan de un buen estado, siendo suficiente con

hacer mantenimiento preventivo al 98% de los mismos. Un equivalente al 2% a los 08 equipos requirió intervención correctiva mientras que sólo 0% de los equipos fueron retirados del servicio.

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

- **PUESTO DE SALUD DE PANAMÁ DE ARAUCA**

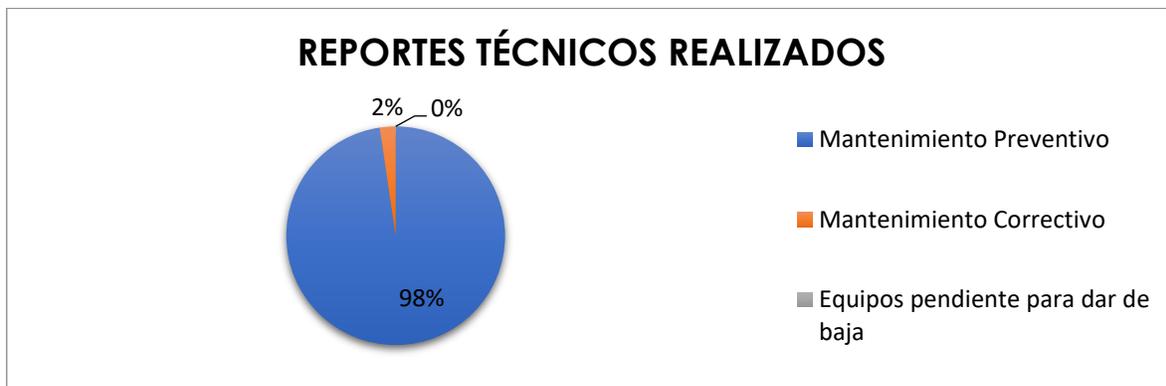
TABLA DE EQUIPOS CON MANTENIMIENTO BIOMÉDICO	
Equipos existentes	84
Equipos al día en mantenimiento	84
Equipos pendientes de mantenimiento	0



Evidenciamos que el total de mantenimientos realizados en el puesto de salud de panamá de Arauca son de 84 equipos, realizando por la empresa **CONSTRUCTORA, PROVEEDORA Y CONSULTORA DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS S.A.S “EMCOPROYECT”** cubriendo el 100 % del total existente.

REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS EN EL PUESTO DE SALUD DE PANAMÁ DE ARAUCA

TABLA DE REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS	
Mantenimientos preventivos	84
Mantenimientos correctivos	02
Equipos Pendiente para Baja	0
Total	86

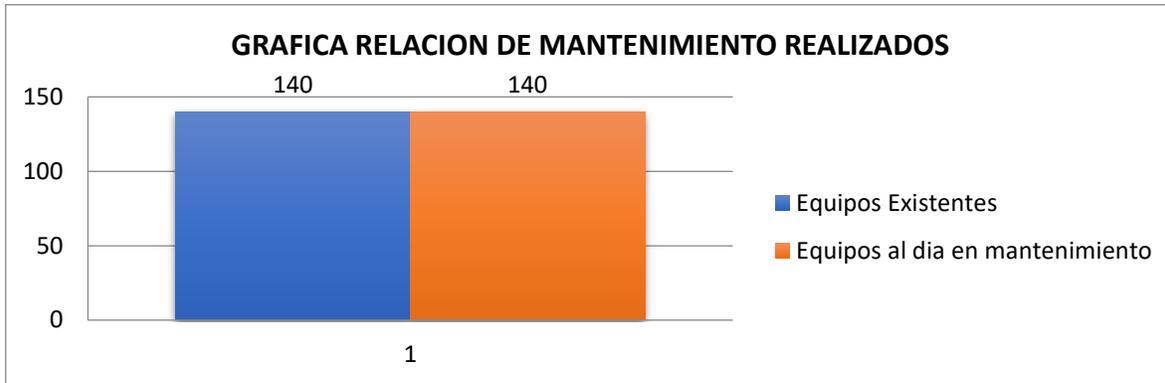


Tal como puede apreciarse en la imagen, las actividades orientadas a la aplicación de rutinas de mantenimiento preventivo se encuentran dentro del rango esperado, ya que cumple con el 98% de la totalidad de los equipos. Para este el mayor número de equipos, la aplicación se aplicó en correctivos locales alcanzando el 2% y se no hay la necesidad de retirar ningún equipo y representan el 0% de la totalidad de los mismos.

Las actividades realizadas no representaron complicaciones en su desarrollo y sus equipos quedaron en funcionando correctamente según protocolos de fabricante.

- **CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN**

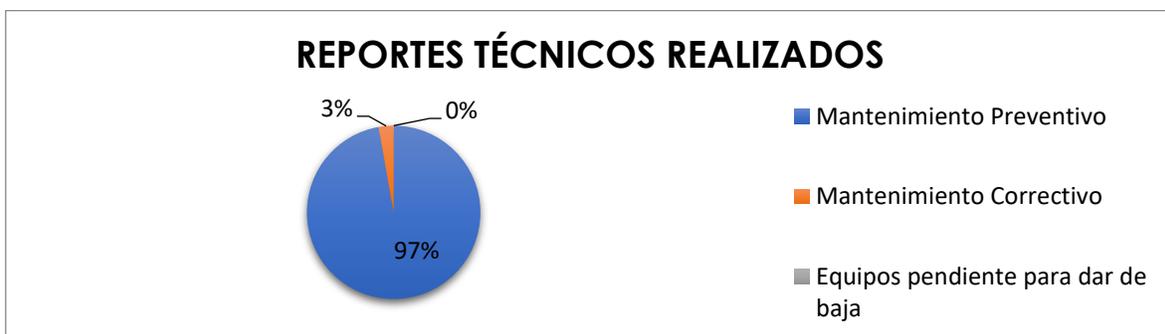
TABLA DE EQUIPOS CON MANTENIMIENTO BIOMÉDICO	
Equipos existentes contrato	140
Equipos al día en mantenimiento	140
Equipos pendientes de mantenimiento	0



Evidenciamos que el total de mantenimientos realizados en el puesto de salud de pueblo nuevo son de 140 equipos, alcanzando la **EMPRESA CONSTRUCTORA, PROVEEDORA Y CONSULTORA DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS S.A.S “EMCOPROYECT** el 100% del total existente según el inventario de la **E.S.E MORENO Y CLAVIJO**.

REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN

TABLA DE REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS		
Mantenimientos preventivos	140	
Mantenimientos correctivos	04	
Equipos Pendiente para Baja	0	
Total	144	



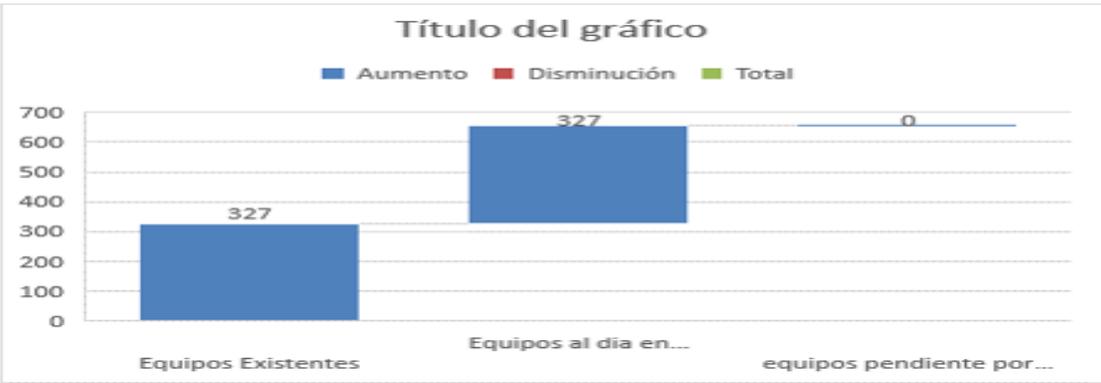
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 133 de 279

Los informes realizados en la visita en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, de un total de 144, de los cuales, se percibe que la tasa de aplicación de correctivos es significativamente baja en relación con el desarrollo normal de actividades que comprenden las rutinas preventivas. Para terminar, no se hace necesario dar de baja equipos durante esta visita.

Las actividades realizadas no representaron complicaciones en su desarrollo y sus equipos quedaron en funcionando correctamente según protocolos de fabricante.

- HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA**

TABLA DE EQUIPOS CON MANTENIMIENTO BIOMÉDICO	
Equipos Contratados	327
Equipos al día en mantenimiento	327
Equipos no encontrados	0

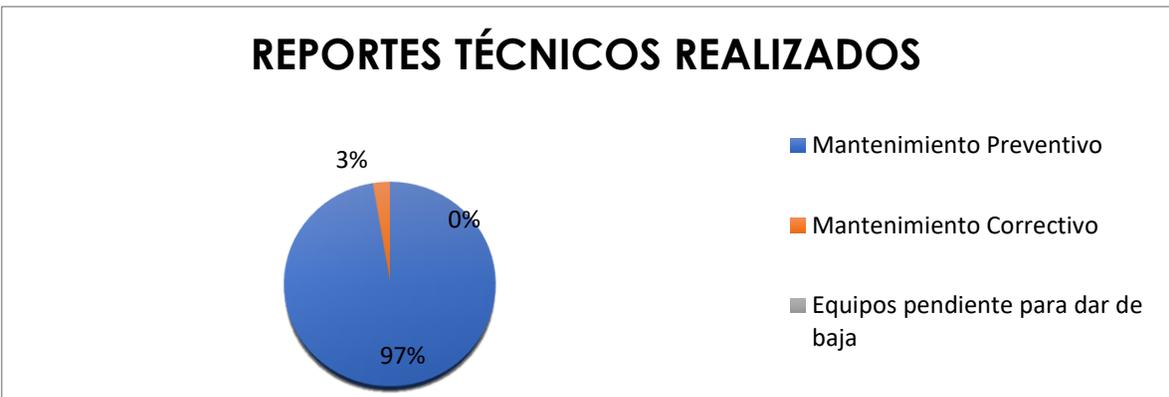


Observamos que el cumplimiento de los mantenimientos a los equipos de tecnología biomédica existente en el Hospital San Lorenzo de Arauquita se registró que, de 327 equipos reportados dentro del contrato, se cumplió con el 100% de lo pactado en el contrato.

REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

TABLA DE REPORTES TÉCNICOS REALIZADOS	
Mantenimientos preventivos	327

Mantenimientos correctivos	09
Equipos pendientes para dar de baja	0
Total	336



Tal como se aprecia en la gráfica, el menor índice lo constituyen mantenimientos de índole preventiva, quedando con en 97% y de correcciones practicadas a los mismos alcanzando un 3% del total de los equipos, relegando a un rol terciario los equipos reportados para retirar del servicio el cuál porcentualmente, no alcanza siquiera el 0%.

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

COMPARACIÓN DE DATOS DEL TOTAL DE LOS EQUIPOS DE MANTENIMIENTO BIOMÉDICO

TABLA TOTAL DE COMPARACIÓN EQUIPOS CON MANTENIMIENTO BIOMÉDICO E.S.E. MORENO Y CLAVIJO 2024	
Equipos existentes	1688
Equipos al día en mantenimiento	1393
Equipos pendientes de mantenimiento	295



Se puede concluir que a la fecha la empresa **CONSTRUCTORA, PROVEEDORA Y CONSULTORA DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS S.A.S “EMCOPROJECT”**, ha realizado el 83 % del total de mantenimientos preventivos y correctivos estipulados en el contrato para la visita a los equipos con tecnología biomédica existentes en los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la E.S.E. Moreno y Clavijo, correspondiente a la visita programada en el plan de mantenimiento programado para la vigencia de este contrato.

Las visitas ejecutadas en los diferentes municipios donde se realizaron mantenimiento preventivo y correctivo se perpetraron bajo los estrictos protocolos

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 136 de 279

de mantenimiento descritos por el fabricante quedando los equipos en condiciones correctas de operatividad.

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

Cabe anotar que a la fecha se han visitado y realizado los mantenimientos preventivos y correctivos respectivas correspondientes al Contrato No 04-0003 de 2024 en los siguientes Hospitales y puestos de salud: Hospital San Lorenzo de Arauquita, Hospital San Ricardo Pampuri, Hospital San Francisco de Fortul, Hospital San Antonio de Tame, centro de salud de Panamá de Arauca y centro de salud Puerto Jordán.

GESTIÓN PARQUE AUTOMOTOR

El parque automotor de ambulancias de nuestra **ESE MORNO Y CALVIJO**, se encuentra equipado con la última tecnología médica para brindar un servicio de calidad a nuestra comunidad. Contamos con una flota de ambulancias modernas y bien mantenidas, garantizando así la seguridad y eficiencia en cada traslado.

Nuestra prioridad es el bienestar de nuestra gente, por lo que nos esforzamos cada día en brindar un servicio de calidad, seguro y confiable a través de nuestro parque automotor de ambulancias. Estamos comprometidos en ser una opción confiable y accesible para la comunidad en caso de emergencias médicas.

El parque automotor con el que cuenta la ESE MORENO Y CLAVIJO, se relaciona a continuación por cada una de las sedes hospitalarias, mencionando cantidades de vehículos, tipo de vehículo, placa, modalidad y calificación.

Así mismo, se informa que el parque automotor es relacionado en el formulario del primer trimestre del 2024, en la plataforma del que trata el decreto 2193 SIHO.

PARQUE AUTOMOTOR

CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL DE PUEBLO NUEVO				
ID	Tipo	Placa	Modalidad	Calificación
1	BASICA	OLM775	TERRESTRE	BUENO
2	BASICA	OKZ367	TERRESTRE	BUENO
CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA				
ID	Tipo	Placa	Modalidad	Calificación
1	BASICA	OKZ368	TERRESTRE	BUENO
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME				
ID	Tipo	Placa	Modalidad	Calificación
1	BASICA	OYX014	TERRESTRE	BUENO
2	BASICA	OEU846	TERRESTRE	BUENO
3	BASICA	OKZ 365	TERRESTRE	BUENO
4	MEDICADA	LXS630	TERRESTRE	BUENO
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL				
ID	Tipo	Placa	Modalidad	Calificación
1	BASICA	OJZ193	TERRESTRE	BUENO
2	BASICA	OKZ364	TERRESTRE	BUENO
3	BASICA	OYX016	TERRESTRE	BUENO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE				
ID	Tipo	Placa	Modalidad	Calificación
1	BASICA	ODS689	TERRESTRE	MALO
2	BASICA	OEU828	TERRESTRE	BUENO
3	BASICA	OYX018	TERRESTRE	BUENO
4	BASICA	OEU845	TERRESTRE	BUENO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDON				
ID	Tipo	Placa	Modalidad	Calificación
1	BASICA	OLM779	TERRESTRE	BUENO
2	BASICA	OYX013	TERRESTRE	BUENO
HOSPITAL SAN LORENZO				
ID	Tipo	Placa	Modalidad	Calificación
1	BASICA	OKZ362	TERRESTRE	BUENO
2	BASICA	OYX015	TERRESTRE	BUENO
3	BASICA	OZC893	TERRESTRE	BUENO
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA				
ID	Tipo	Placa	Modalidad	Calificación
1	BASICA	ODS688	TERRESTRE	BUENO
2	BASICA	OLM788	TERRESTRE	BUENO
3	BASICA	OEU843	TERRESTRE	BUENO

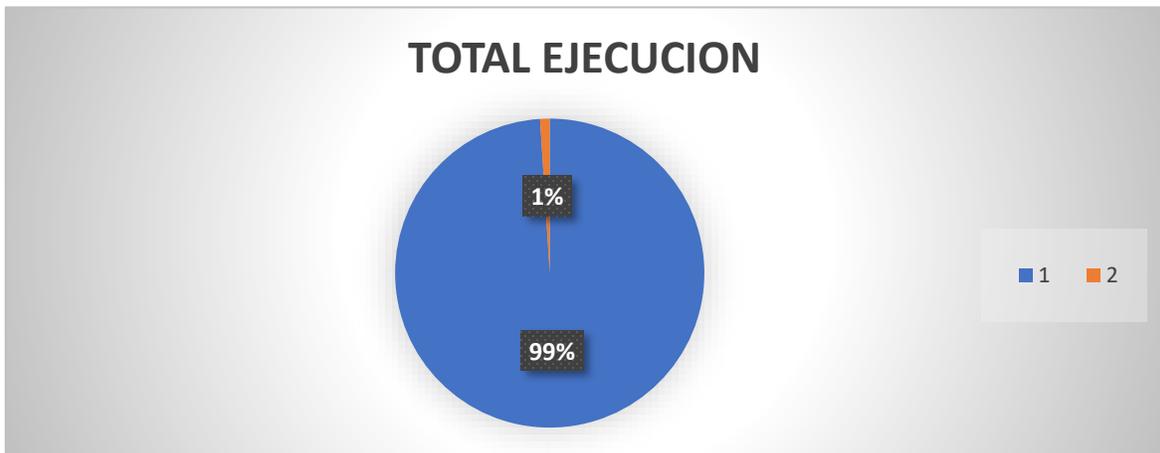
En la actualidad la ESE MORENO Y CLAVIJO, cuenta con 22 ambulancias en toda la red hospitalaria.

GESTIÓN EQUIPOS INDUSTRIALES

AVANCE EN MANTENIMIENTOS DE EQUIPOS POR HOSPITAL

EQUIPO	SEDE ADMIN	H. TAME	H. FORTUL	H. RONDON	H. ARAUQUITA	H. LA ESMERALDA	H. CRAVO NORTE	C. SALUD PANAMA	C. SALUD JORDAN	TOTAL, EJECUTADOS	TOTAL, CONTRATADOS	PORCENTAJE DE EJECUCION
AIRE ACONDICIONADO	30	75	46	35	40	22	18	13	16	295	297	99%
CONGELADOR		4	1	2	2	1	1	1	1	13	13	100%
DISPENSADOR DE AGUA	1	2			1		1			5	5	100%
REFRIGERADOR SOLAR MEDICAL SYSTEM					1					1	1	100%
GENERADOR ELECTRICO 125 KVA			1							1	1	100%
GENERADOR ELECTRICO 130 KVA		1						1	1	3	3	100%
GENERADOR ELECTRICO 135 KVA					1					1	1	100%
GENERADOR ELECTRICO 200 KVA				1			1			2	2	100%
GENERADOR ELECTRICO 48 KVA			1		1	2		1		5	5	100%
GENERADOR ELECTRICO 550 KVA		1								1	1	100%
GENERADOR ELECTRICO 6,5 KVA		2	1	2	2	2	1	1	2	13	14	93%
GUADAÑA		1	1	1	2	1	1	1		8	8	100%
LAVADORA		3	1	1	3		1		1	10	10	100%
LAVADORA										0	1	0%

INDUSTRIAL												
NEVERA	3	9	5	3	5	4	4	3	5	41	41	100%
CONGELADOR SOLAR HAIER					1					1	1	100%
REFRIGERADOR VESFROS		7	4	2	2	2	2	1	1	21	21	100%
VENTILADOR		10	12	8	10	17	6	6	6	75	75	100%
REDDE SISTEMA HIDRAULICO	1									1	1	100%
ELECTROBOMBA			2	1	2	2			1	8	8	100%
										0		



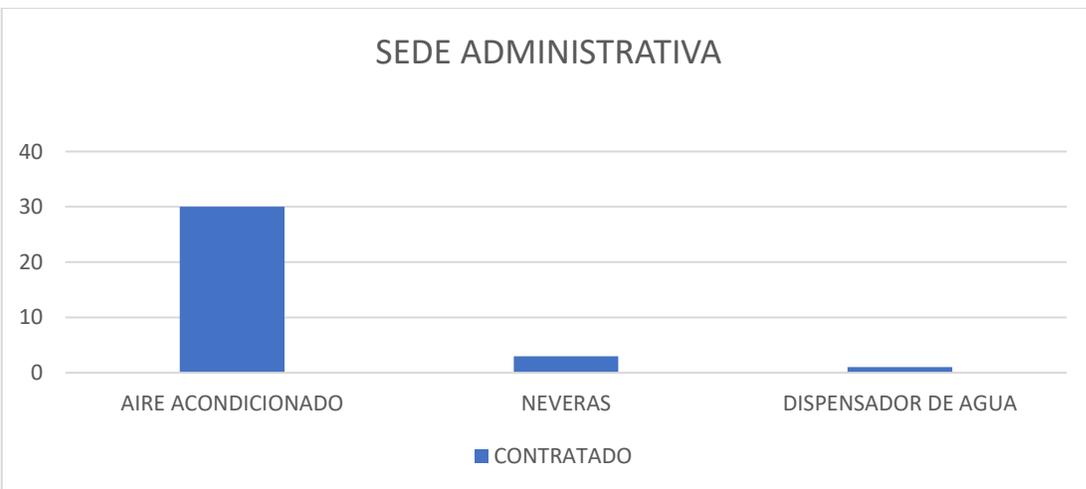
Se realiza mantenimiento preventivo y correctivos según cronograma establecido durante el primer semestre del año en curso.

Tareas	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
H.SAN JOSE DE CRAVO NORTE																
CENTRO DE SALUD PANAMA																
CENTRO DE SALUD PUERTO JORDAN																
H.SAN JUAN DE DIOS - P. RONDON																
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL																
H. SAN RICARDO PAMPURI																
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA																
H. SAN ANTONIO DE TAME																
SEDE ADMINISTRATIVA																

ITEM	SEDE ADMIN	H. TAM E	H. FORTU L	H. RONDO N	H. ARAUQUI TA	H. LA ESMERAL DA	H. CRAV O NORT E	C. SALUD PANAM A	C. SALUD JORDA N	TOTA L
INSTALACION AIRES ACONDICIONADOS	1		2							3

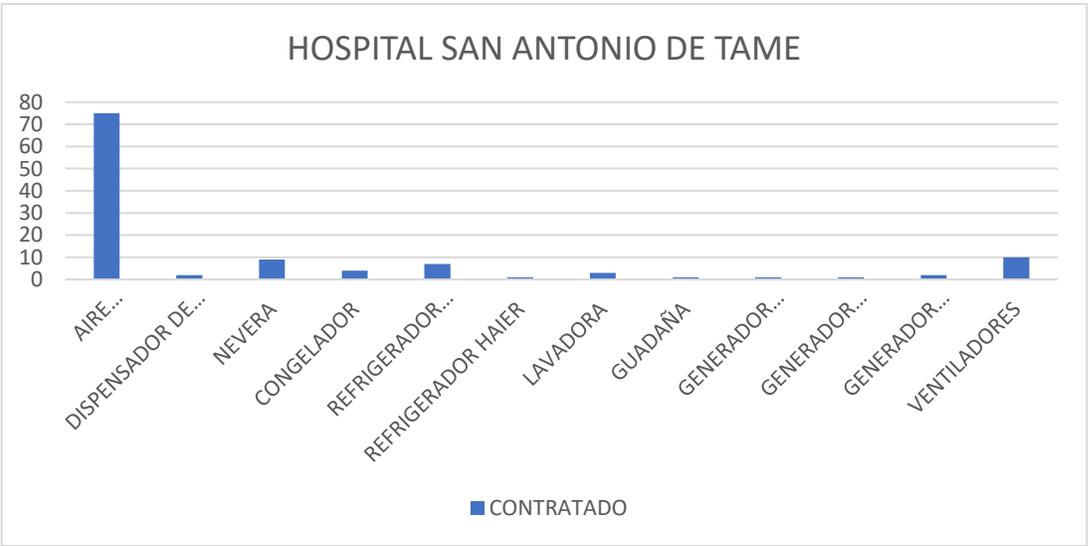
MANTENIEMENTOS PREVENTIVOS POR SEDES

SEDE ADMINISTRATIVA			
DESCRIPCION	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
AIRE ACONDICIONADO	\$ 165.833,00	8	\$ 1.326.664,00
NEVERAS	\$ 110.838,00	3	\$ 332.514,00
DISPENSADOR DE AGUA	\$ 70.834,00	1	\$ 70.834,00
			\$ 1.730.012,00



Se realizo manteminientos preventivo durante la segunda semana de abril de 2024.

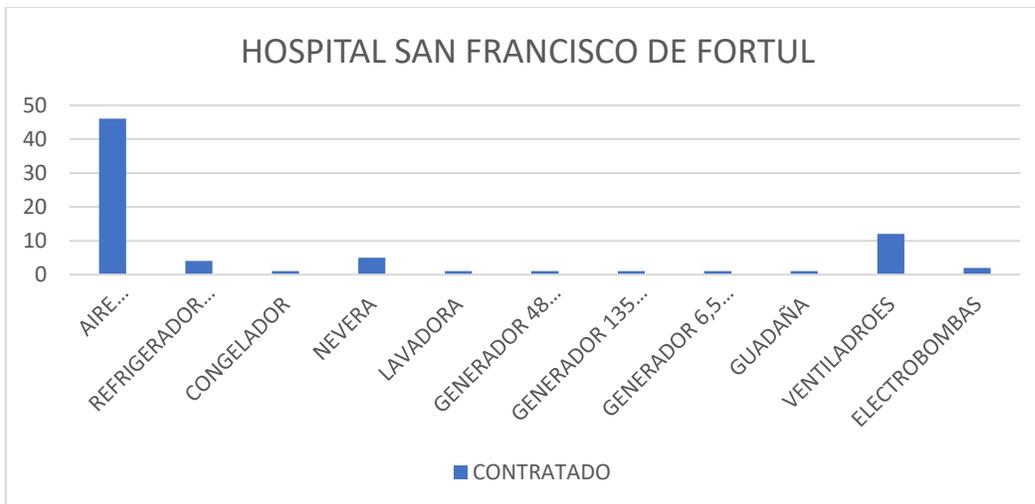
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME			
DESCRIPCION	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
NEVERA	\$ 110.838,00	2	\$ 221.676,00
RED DE SISTEMA HIDRAULICO	\$ 2.756.667,00	1	\$ 2.756.667,00
			\$ 2.978.343,00



Se realizo manteminientos preventivo durante la primera y segunda semana de abril de 2024

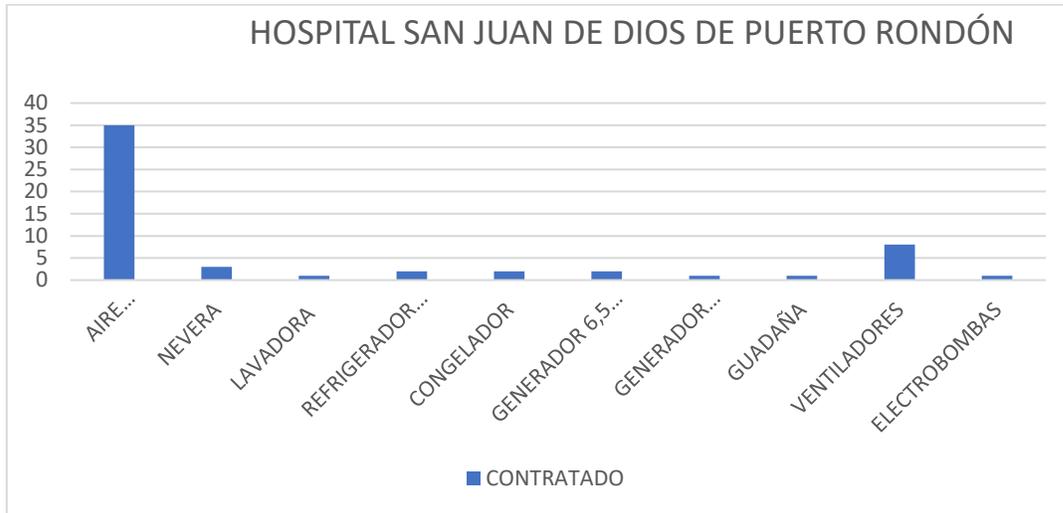
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL			
DESCRIPCION	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
AIRE ACONDICIONADO	\$ 165.833,00	19	\$ 3.150.827,00
REFRIGERADOR VESFROS	\$ 115.838,00	4	\$ 463.352,00
NEVERA	\$ 110.833,00	3	\$ 332.499,00
GENERADOR 6,5 KVA	\$ 355.836,00	1	\$ 355.836,00

VENTILADROES	\$ 40.839,00	4	\$ 163.356,00
ELECTROBOMBAS	\$ 105.838,00	2	\$ 211.676,00
			\$ 4.677.546,00



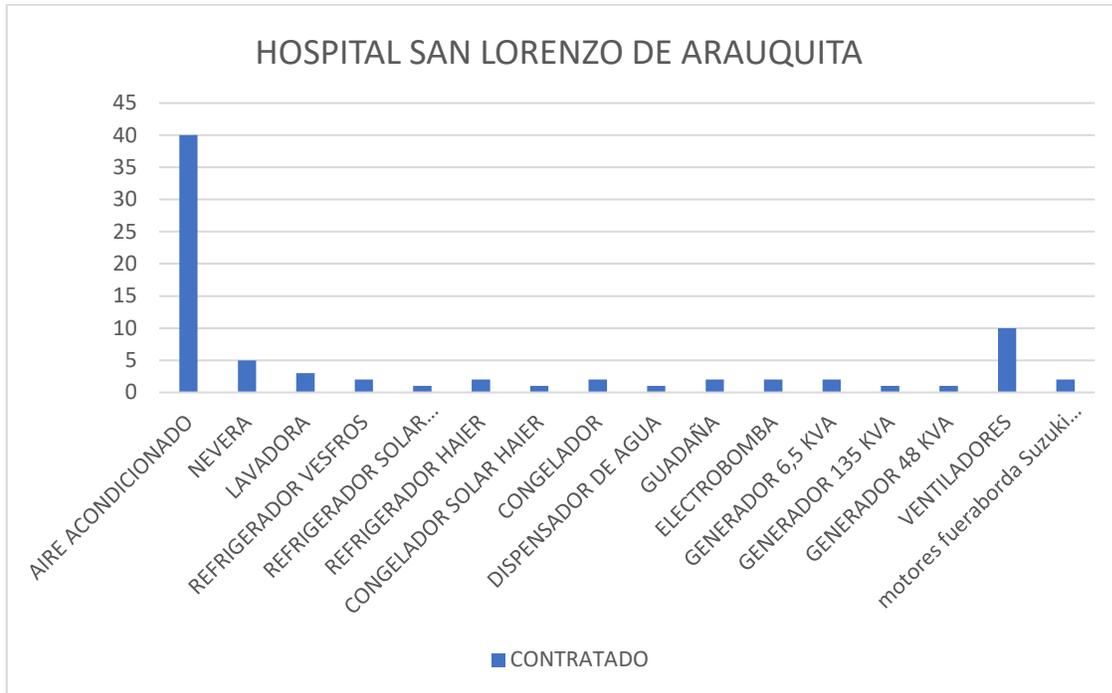
Se realizo manteminientos preventivo durante la segunda semana del mes de marzo de 2024

PREVENTIVOS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDÓN			
DESCRIPCION	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
AIRE ACONDICIONADO	\$ 165.833,00	1	\$ 165.833,00
CONGELADOR	\$ 85.834,00	1	\$ 85.834,00
GENERADOR 6,5 KVA	\$ 355.836,00	2	\$ 711.672,00
VENTILADORES	\$ 40.839,00	4	\$ 163.356,00
			\$ 1.126.695,00



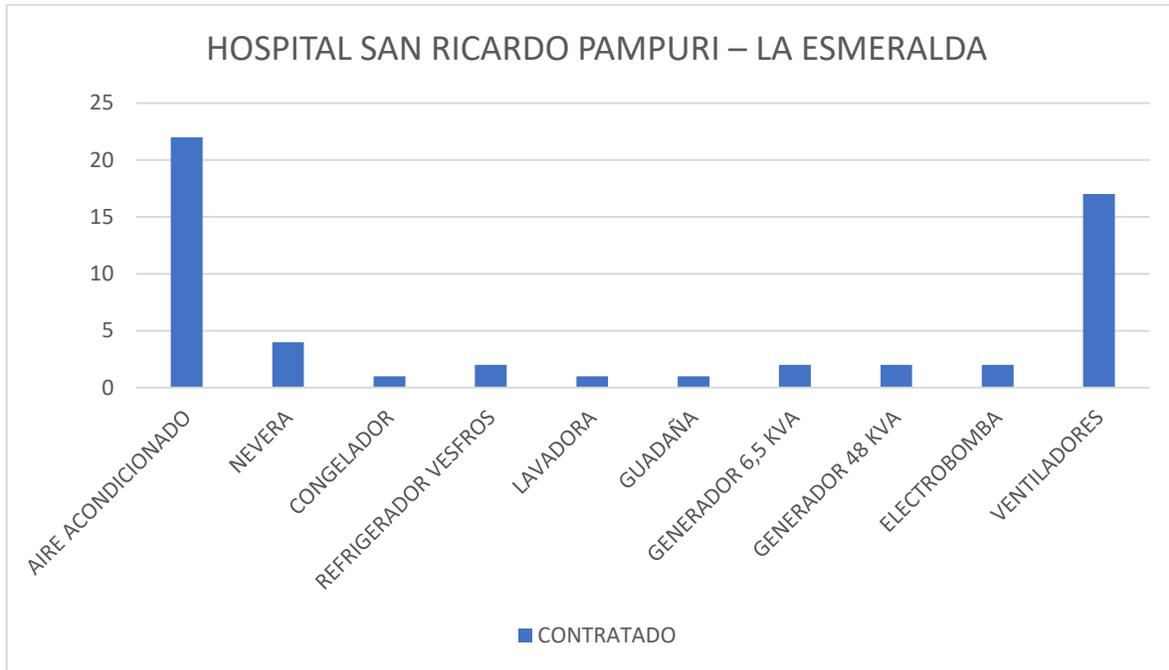
Se realizo manteminientos preventivo durante la primera semana de marzo de 2024

PREVENTIVO HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA			
DESCRIPCION	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
NEVERA	\$ 110.833,00	1	\$ 110.833,00
LAVADORA	\$ 95.837,00	1	\$ 95.837,00
MOTORES FUERA DE BORDA	\$ 690.000,00	2	\$ 1.380.000,00
			\$ 1.586.670,00



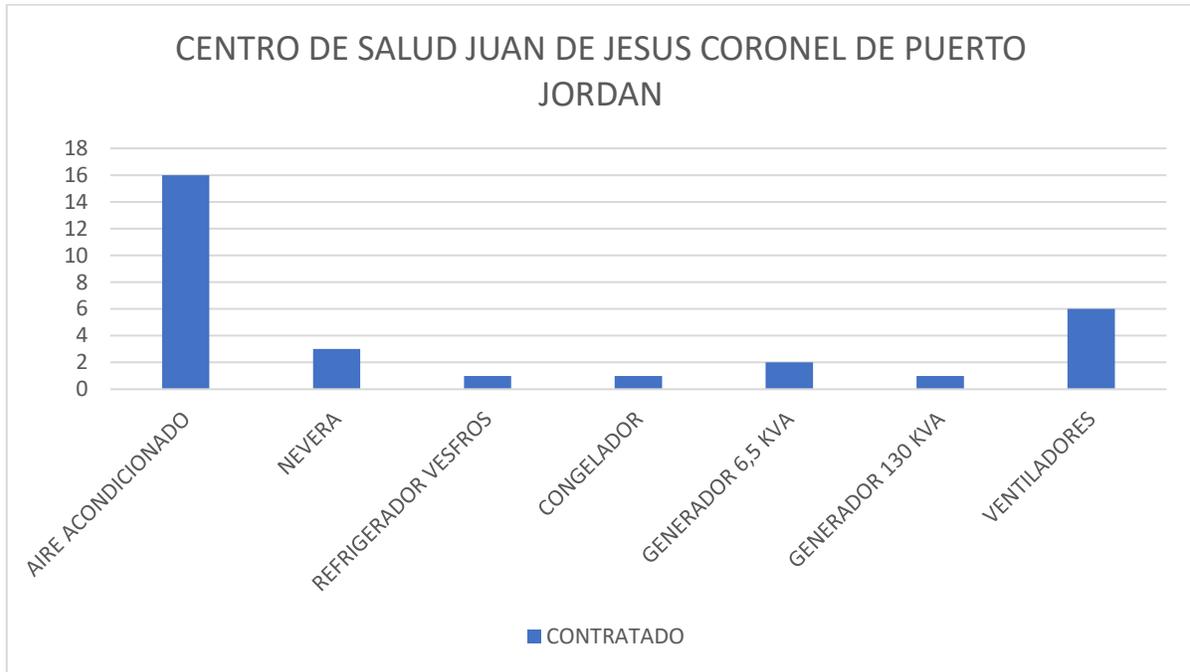
Se realizo manteminientos preventivo durante la cuarta semana de abril de 2024

PREVENTIVO HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI – LA ESMERALDA			
DESCRIPCION	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
NEVERA	\$ 110.833,00	1	\$ 110.833,00
LAVADORA	\$ 95.837,00	1	\$ 95.837,00
GENERADOR 6,5 KVA	\$ 355.836,00	1	\$ 355.836,00
ELECTROBOMBA	\$ 105.837,00	2	\$ 211.674,00
VENTILADORES	\$ 40.839,00	4	\$ 163.356,00
			\$ 937.536,00



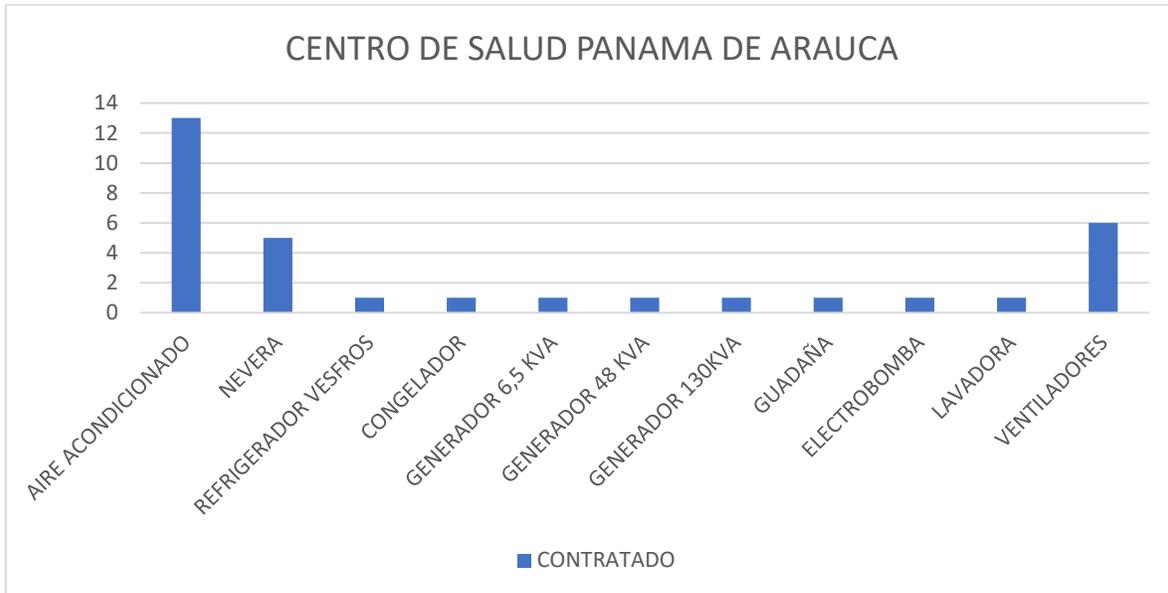
Se realizo manteminientos preventivo durante la tercera semana de marzo de 2024

PREVENTIVO CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL DE PUERTO JORDAN			
DESCRIPCION	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
GENERADOR 6,5 KVA	\$ 355.836,00	1	\$ 355.836,00
			\$ 355.836,00



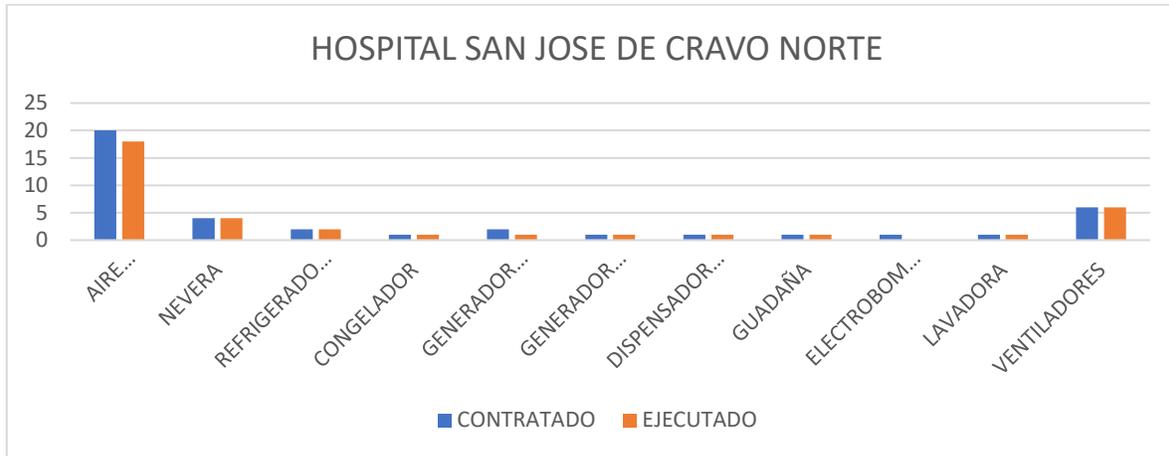
Se realizo manteminientos preventivo durante la cuarta semana de febrero de 2024

PREVENTIVO CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA			
DESCRIPCION	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
AIRE ACONDICIONADO	\$ 165.833,00	1	\$ 165.833,00
GENERADOR 6,5 KVA	\$ 355.836,00	1	\$ 355.836,00
GENERADOR 48 KVA	\$ 1.005.836,00	1	\$ 1.005.836,00
GENERADOR 130KVA	\$ 1.505.835,00	1	\$ 1.505.835,00
GUADAÑA	\$ 105.837,00	1	\$ 105.837,00
ELECTROBOMBA	\$ 105.838,00	1	\$ 105.838,00
			\$ 3.245.015,00



Se realizo manteminientos preventivo durante la cuarta semana de febrero de 2024

HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE				
DESCRIPCION	CONTRATADO	VALOR CONTRADO	EJECUTADO	VALOR EJECUTADO
AIRE ACONDICIONADO	20	\$ 165.833,00	18	\$ 2.984.994,00
NEVERA	4	\$ 110.833,00	4	\$ 443.332,00
REFRIGERADOR VESFROS	2	\$ 115.838,00	2	\$ 231.676,00
CONGELADOR	1	\$ 85.834,00	1	\$ 85.834,00
GENERADOR 6,5 KVA	2	\$ 355.836,00	1	\$ 355.836,00
GENERADOR 200KVA	1	\$ 1.505.835,00	1	\$ 1.505.835,00
DISPENSADOR DE AGUA	1	\$ 70.834,00	1	\$ 70.834,00
GUADAÑA	1	\$ 105.837,00	1	\$ 105.837,00
ELECTROBOMBA	1	\$ 105.838,00	0	\$ -
LAVADORA	1	\$ 95.837,00	1	\$ 95.837,00
VENTILADORES	6	\$ 40.839,00	6	\$ 245.034,00
TOTAL				\$ 6.125.049,00



Se realizo mantenimientos preventivo durante la tercera semana de febrero de 2024

Se evidencia que en porcentaje de ejecución se lleva un 99%, de los equipos contratados.

MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS

SEDE ADMINISTRATIVA			
DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UND	TOTAL
GNW UNIVERSAL A/C DE AIRE ACONDICIONADO	2	\$ 167.844,00	\$ 335.688,00
TARJETA PRINCIPAL UNIDAD CNDENSADORA SEGÚN MARCA Y MODELO	1	\$ 626.842,00	\$ 626.842,00
BLOWER MOTOR UNIDAD EVAPORADORA PARA AIRE TIPO SPLIT SEGÚN MODELO	8	\$ 750.907,00	\$ 6.007.256,00
MOTOR VENTILADOR UNIDAD CONDENSADORA PARA AIRE TIPO PLIT SEGÚN MODELO	1	\$ 617.378,00	\$ 617.378,00
TARJETA PRINCIPAL UNIDAD EVAPORADORA SEGÚN MARCA Y MODELO	3	\$ 865.656,00	\$ 2.596.968,00
INSTALACION DE AIRES ACONDICIONADOS 9000 A 24000 BTU	1	\$ 344.990,00	\$ 344.990,00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 149 de 279

SENSOR DE TERMOSTATO SEGÚN MARCA Y MODELO	1	\$ 316.330,00	\$ 316.330,00
VALVULA EXPANSIÓN	2	\$ 282.238,00	\$ 564.476,00
CABLE ENCAHUCHETADO 4*10	25	\$ 17.552,00	\$ 438.800,00
ROLLO DE TUBERIA DE COBRE 1/2 (15 MT)	1	\$ 337.951,00	\$ 337.951,00
ROLLO DE TUBERIA DE COBRE 3/4 (15 MT)	1	\$ 311.852,00	\$ 311.852,00
CANATELA PLASTICA DE 10*4	20	\$ 63.632,00	\$ 1.272.640,00
	TOTAL		\$ 13.771.171,00

HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME			
DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UND	TOTAL
DESMONTE A AIRES ACONDICINADOS DE 9000 A 36000 BTU	3	\$ 79.841,00	\$ 239.523,00
TARJETA PRINCIPAL UNIDAD EVAPORADORA SEGÚN MARCA Y MODELO	2	\$ 865.656,00	\$ 1.731.312,00
BLOWER MOTOR UNIDAD EVAPORADORA PARA AIRE TIPO SPLIT SEGÚN MODELO	3	\$ 750.907,00	\$ 2.252.721,00
MOTOR VENTILADOR UNIDAD CONDENSADORA PARA AIRE TIPO PLIT SEGÚN MODELO	2	\$ 617.378,00	\$ 1.234.756,00
BATERIAS PARA GENERADORES	3	\$ 625.845,00	\$ 1.877.535,00
SOPORTE O BASE DE INSTALACION PARA AIRE ACONDICIONADO	4	\$ 59.854,00	\$ 239.416,00
	TOTAL		\$ 7.575.263,00

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UND	TOTAL
ROLLO DE TUBERIA DE COBRE 1/2 (15 MT)	2	\$ 337.951,00	\$ 675.902,00
ROLLO DE TUBERIA DE COBRE 3/4 (15 MT)	2	\$ 311.852,00	\$ 623.704,00
CANATELA PLASTICA DE 10*4	25	\$ 17.552,00	\$ 438.800,00
SOPORTE O BASE DE INSTALACION PARA AIRE ACONDICIONADO	2	\$ 59.854,00	\$ 119.708,00
INSTALACION DE AIRES ACONDICIONADOS 36000BTU	2	\$ 412.820,00	\$ 825.640,00
TARJETA PRINCIPAL UNIDAD EVAPORADORA SEGÚN MARCA Y MODELO	3	\$ 865.656,00	\$ 2.596.968,00
BLOWER MOTOR UNIDAD EVAPORADORA PARA AIRE TIPO SPLIT SEGÚN MODELO	4	\$ 750.907,00	\$ 3.003.628,00
RUBATEX 3/8	2	\$ 22.954,00	\$ 45.908,00
VALVULA EXPANSION	2	\$ 282.238,00	\$ 564.476,00
TOTAL			\$ 8.894.734,00

CORRECTIVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDÓN

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UND	TOTAL
MOTOR VENTILADOR UNIDAD CONDENSADORA PARA AIRE TIPO PLIT SEGÚN MODELO INVERTER	1	\$ 965.854,00	\$ 965.854,00
TOTAL			\$ 965.854,00

CORRECTIVO HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UND	TOTAL
TARJETA PRINCIPAL UNIDAD EVAPORADORA SEGÚN MARCA Y MODELO	2	\$ 865.656,00	\$ 1.731.312,00

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 151 de 279

BLOWER MOTOR UNIDAD EVAPORADORA PARA AIRE TIPO SPLIT SEGÚN MODELO	1	\$ 750.907,00	\$ 750.907,00
MOTOR VENTILADOR UNIDAD CONDENSADORA PARA AIRE TIPO PLIT SEGÚN MODELO INVERTER	3	\$ 965.854,00	\$ 2.897.562,00
VALVULA EXPANSION	4	\$ 282.238,00	\$ 1.128.952,00
BATERIAS PARA GENERADORES	6	\$ 625.845,00	\$ 3.755.070,00
ROLLO DE TUBERIA DE COBRE 1/2 (15 MT)	1	\$ 337.951,00	\$ 337.951,00
ROLLO DE TUBERIA DE COBRE 3/4 (15 MT)	1	\$ 311.852,00	\$ 311.852,00
FILTRO DE AIRE PARA GENERADOR 130 KVA	6	\$ 355.849,00	\$ 2.135.094,00
GNW UNIVERSAL A/C DE AIRE ACONDICIONADO	1	\$ 167.844,00	\$ 167.844,00
BOMBIL PARA GENERADOR ELECTRICO	1	\$ 690.000,00	\$ 690.000,00
TOTAL			\$ 13.906.544,00

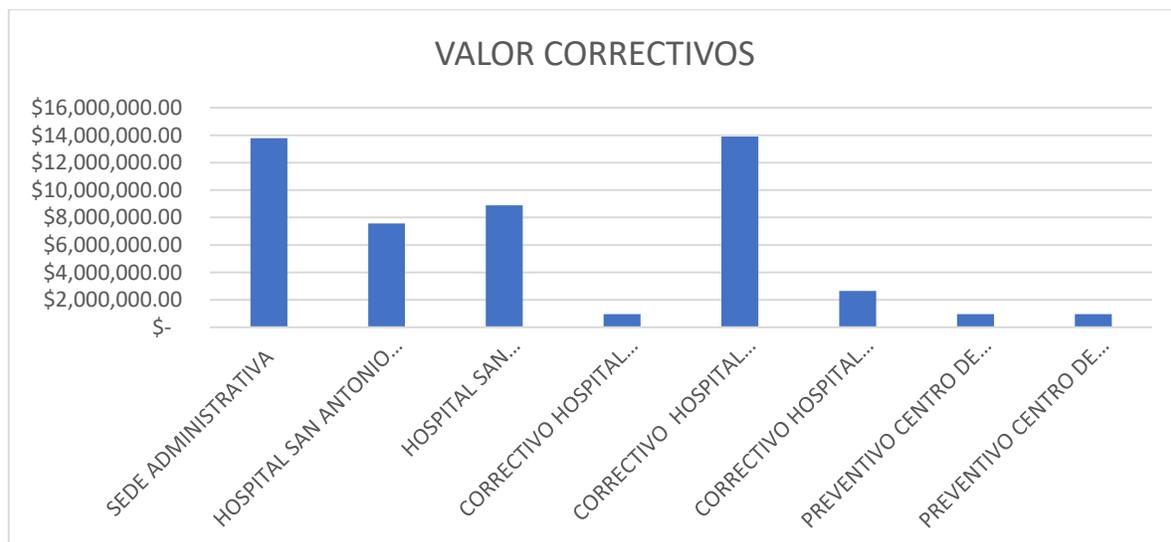
CORRECTIVO HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI – LA ESMERALDA			
DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UND	TOTAL
TARJETA PRINCIPAL UNIDAD EVAPORADORA SEGÚN MARCA Y MODELO	2	\$ 865.656,00	\$ 1.731.312,00
BLOWER MOTOR UNIDAD EVAPORADORA PARA AIRE TIPO SPLIT SEGÚN MODELO	1	\$ 750.907,00	\$ 750.907,00
GNW UNIVERSAL A/C DE AIRE ACONDICIONADO	1	\$ 167.844,00	\$ 167.844,00
TOTAL			\$ 2.650.063,00

PREVENTIVO CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL DE PUERTO JORDAN			
DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UND	TOTAL
MOTOR VENTILADOR UNIDAD CONDENSADORA PARA AIRE TIPO PLIT SEGÚN MODELO INVERTER	1	\$ 965.854,00	\$ 965.854,00

TOTAL	\$ 965.854,00
--------------	---------------

PREVENTIVO CENTRO DE SALUD PANAMA			
DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UND	TOTAL
MOTOR VENTILADOR UNIDAD CONDENSADORA PARA AIRE TIPO PLIT SEGÚN MODELO INVERTER	1	\$ 965.854,00	\$ 965.854,00
TOTAL			\$ 965.854,00

SEDE	VALOR CORRECTIVOS
SEDE ADMINISTRATIVA	\$ 13.771.171,00
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	\$ 7.575.263,00
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	\$ 8.894.734,00
CORRECTIVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDÓN	\$ 965.854,00
CORRECTIVO HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	\$ 13.906.544,00
CORRECTIVO HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI – LA ESMERALDA	\$ 2.650.063,00
PREVENTIVO CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL DE PUERTO JORDAN	\$ 965.854,00
PREVENTIVO CENTRO DE SALUD PANAMA	\$ 965.854,00
TOTAL, CORRECTIVOS	\$ 49.695.337,00



7.10 INFORME SUBPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 153 de 279

Para el presente trimestre se adelantó las siguientes actividades:

- Entrega de las unidades de conservación carpetas, cajas, ganchos legajadores a las diferentes dependencias, hospitales y centros de salud.
- Continuar con la elaboración de los mapas de procesos, flujos documentales y la descripción de las funciones de las unidades administrativas de la entidad.
- Se le ha dado continuidad a la elaboración de los inventarios documentales de la Subgerencia Administrativa y Financiera, donde se la han realizado actividades de clasificación, organización y descripción de las disponibilidades presupuestales y registros presupuestales. Así mismo se inició con la ordenación de las comunicaciones oficiales de la subgerencia administrativa y financiera.
- Elaboración inventario documental de los contratos correspondiente a la vigencia 2022 de la oficina Jurídica.
- Se realizaron actividades de clasificación, organización y descripción en el archivo de la oficina de Gerencia de las comunicaciones oficiales, actas de junta directivas y Acuerdos de Juta Directiva.
- -Se termino con las actividades de clasificación, organización y descripción de la serie disponibilidades presupuestales y registros presupuestales y se inició con la serie comunicaciones oficiales que corresponden a la subgerencia administrativa – archivo central.
- -Se llevaron a cabo actividades de clasificación, organización y descripción de los derechos de petición de la vigencia 2024.
- -Se llevaron los consecutivos de acuerdo con los formatos establecidos de los actos administrativos (resoluciones), comunicaciones oficiales y las comunicaciones que ingresan y salen de la unidad de correspondencia de la entidad.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 154 de 279

- Se elaboro las actas de cada mes de los comités de los Comités de Historias Clínicas, donde en cada una de las reuniones quedo plasmado los avances en cuanto a la parte de Gestión Documental.

En la unidad de correspondencia.

- Se realizó trazabilidad a la correspondencia tanto interna como externa que llega a la entidad por los diferentes medios tanto físicos como electrónicos, en cumplimiento del formato GDO-GA-001 Guía para la organización del archivo de gestión, donde se estuvieron en cuenta no enmendaduras, fechas, hora, dependencia destino y los tiempos para cada una de las respuestas.
- Se realizo la organización y digitalización de las actas de Junta Directivas, las cuales se conservan tanto físico como digital.
- Se finalizó en la digitalización los contratos correspondientes a la oficina jurídica de 2022 y se inició con la vigencia 2023.
- Mediante nota interna, se les compartió información a los apoyos de la Subgerencia administrativa, control interno, subgerencia en salud, planeación, garantía calidad, de los siguientes formatos a fin de mejorar la gestión documental de la entidad:
 - Formato de control de préstamos de documentos, No. GDO-FO-008
 - Planilla radicación comunicaciones oficiales internas GDO-FO-048
 - Formato para consecutivo de comunicaciones oficiales GDO-FO-049.
 - Formato rotulo para carpetas GDO-FO-050 (cuando las carpetas están un poco deterioradas se les puede colocar un formato de estos para mejorar su presentación y conservación).
 - Formato rotulo para cajas de archivo GDO-FO-051 (cuando las cajas están un poco deterioradas se les puede colocar un formato de estos para mejorar su presentación y conservación).
- Se curso comunicación al Archivo General de la Nación, solicitando concepto para determina la disposición final de un fondo acumulado, que pertenece al hospital San Antonio de Tame y Hospital San José de Cravo Norte.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 155 de 279

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



cumplimiento del Sistema Integral de Conservación, se dio cumplimiento mediante los formatos GDO-FO – 043

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GDO-FO-043
	FORMATO PROGRAMA PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y ATENCIÓN DE DESASTRES	Versión: 01
		Página 1 de 2

Objetivo: Identificar los aspectos considerar para la valoración de los riesgos que se puedan presentar en las diferentes actividades de los programas contemplados dentro del Plan de Conservación Documental.	
ASPECTOS A CONSIDERAR	
Identificación del riesgo	
1. Factores Generales del riesgo:	Goteras, inundación, llaves cerca a los archivos, cableado eléctrico (daño accidental por incendio), daño accidental por agua o fuego, Daño accidental por cambios extremos de temperatura y humedad,
Contexto:	
2. Descripción del riesgo:	Identificando las fallas que se pueden presentar como las descritas en los factores general del riesgo, afectando gravemente la documentación. Analizando los riesgos, la oportunidad en la mejora es la intervención de la revisión tanto en los tejados como el sistema eléctrico.
3. Causas	Lo que podría ocasionar esta emergencia sería no hacer las respectivas revisiones descritas en la descripción del riesgo. Desconocimiento de la normatividad Desconocimiento de la importancia de la gestión documental
4. Consecuencias potenciales	Afectación gravemente de la documentación.
5. Análisis del riesgo	* Tipo de riesgo:
	* Probabilidad: probable * Impacto: * Nivel del riesgo:
6. Valoración de controles	* Controles existentes: Dar cumplimiento al programa prevención de emergencias y atención de desastres de la entidad. * Nuevos control:
7. Eficacia del control	Dar cumplimiento al Sistema Integrado de Conservación.
8. Administración del riesgo	Moderado
Proceso:	Gestión Documental

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 156 de 279

8 INFORME DE GESTION SUBGERENCIA EN SALUD

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer las estadísticas, analizar las condiciones de la prestación de los servicios ofertados en nuestro portafolio durante el 2 trimestre 2024 y dejar plasmado en este informe de gestión.

ESPECÍFICOS:

- Verificar el cumplimiento de la entrega de los servicios ofertados en todas las sedes de la RED Ese Moreno y Clavijo.
- Proporcionar apoyo a los municipios, en el fortalecimiento de las capacidades técnicas del talento humano en cada uno de los niveles.
- Evaluar los procesos administrativos en cuanto a facturación según las rutas de la resolución 3280 de 2018.
- Analizar la satisfacción global de los usuarios.
- Dar continuidad a la aplicación de estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial para la integración de acciones en el PAI.
- Dar a conocer los indicadores evaluativos de programa de promoción y mantenimiento de la salud y salud pública.
- Realizar demanda inducida efectiva en la población urbana, rural y rural dispersa para dar cumplimiento a las metas pactadas con las EPS.
- Brindar servicios de salud con calidad y oportunidad a la población beneficiada, asegurando la integralidad en la prestación de los mismos.
- Evaluar la adherencia a la normatividad vigente a través del muestreo mensual de las auditorias de historias clínicas según parámetros establecidos por la resolución 3280 de 2018.

DESARROLLO DEL INFORME:

8.1 INFORME DE GESTIÓN SUB PROCESO DE SIAU

INTRODUCCIÓN

En el cumplimiento de su misión y de acuerdo con las diferentes normas, que van desde la misma Constitución Política Nacional, otras como la Ley 100 de 1993, Decreto 1757 de 1994, Decreto 1011 de 2006 y muy específicamente a la Ley 1474 de 2011 que se refiere al Estatuto Anticorrupción, la Oficina de Atención al Usuario

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 157 de 279

tiene desde su hacer, un enfoque de atención centrado en el usuario, buscando responder a las necesidades y problemas que obstaculizan su acceso a la salud, facilitando mediante la orientación y aplicación del conocimiento de la normatividad Institucional y de la legislación vigente, el ejercicio de los derechos y los deberes de los usuarios para articular los recursos propios, los existentes en el sistema y activar las redes de apoyo institucionales.

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

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

En el describe y relaciona los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por dicho personal en periodo del mes de Abril y Junio del año 2024.

OBJETIVO GENERAL:

Informar sobre la gestión realizada desde área SIAU, en el periodo comprendido entre Abril y Junio del año 2024.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

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

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 158 de 279

DESARROLLO DEL INFORME:

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

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

El procedimiento SIAU está conformado por tres grandes actividades:

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

ATENCION Y ORIENTACION AL USUARIO:

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

Se informa a los usuarios de manera clara y veraz sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta cada uno de los hospitales, centros de

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01 Página 159 de 279

salud y puestos de salud de la red hospitalaria de la ESE; se educa sobre los mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya con tramites en caso especiales, se orienta sobre el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se activan redes de apoyo interinstitucionales, entre otros.

Igualmente, cada coordinador SIAU de las diferentes IPS es encargado de dar a conocer a los usuarios sus derechos y deberes a través de la difusión de los mismos por medio de capacitaciones semanales, la emisión por medio de micrófono, la entrega de folletos y la publicación de los mismos en pendones y cartelera informativa.

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

A continuación, se relacionan dichos canales:

CANAL	MODO DE CONTACTO
Telefónico	8887049 ext. 136 (Tame), 8897224(Rondón), celular 3134733618(panamá),3142351082(Fortul), 3131720956(Pampuri), 3134742887(Arauquita), 3134737365 (Jordán) y 3134712067 (Cravo Norte)
físico	Toda correspondencia, documento escrito.
virtual(correo electrónico)	siautame@esemorenoyclavijo.gov.co siauhospitalfortul@gmail.com hospitalarauquita@esemorenoyclavijo.gov.co siauhsla.esemyc@gmail.com siauhospitalrondon@gmail.com siaucravo@esemorenoyclavijo.gov.co siaucspa.esemyc@gmail.com siaucsjc.esemyc@gmail.com siaupampuriesmyc@gmail.com hospitalrondon@esemorenoyclavijo.gov.co hospitalpampuri@esemorenoyclavijo.gov.co hospitalcravo@esemorenoyclavijo.gov.co centrosaludpanama@esemorenoyclavijo.gov.co centrosaludpuertojordan@esemorenoyclavijo.gov.co www.esemorenoyclavijo.gov.co
Presencial	Proceso personalizado en las oficinas de SIAU de cada unidad de salud.

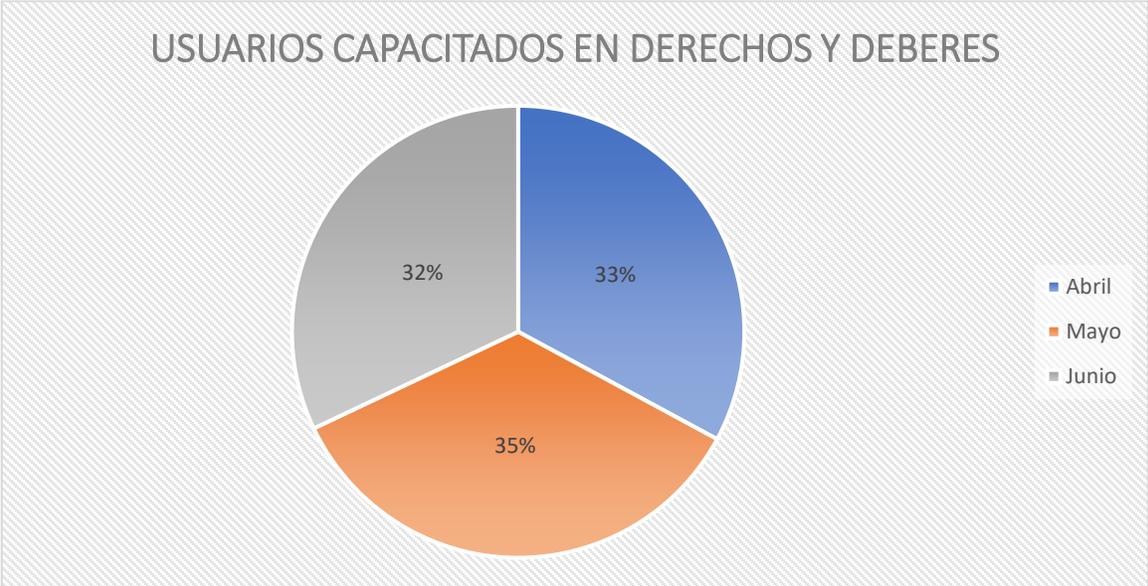
Buzón de Sugerencia	En cada servicio de los hospitales o centro de salud se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede consignar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias o felicitaciones. Se hace la apertura de dichos buzones semanalmente en presencia de un miembro del comité de ética, un representante de los usuarios y un usuario como tal y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos establecidos por ley.
----------------------------	--

El indicador establecido para la medición de la difusión de los derechos y deberes de los usuarios es el “PORCENTAJE DE COBERTURA DE DIFUSIÓN DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS”; el cual nos permite medir el total de pacientes capacitados sobre si le divulgaron sus Derechos o no. La meta establecida para este indicador es del 10% y el límite de control es del 5%.

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

TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (ABRIL 2024)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (MAYO 2024)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (JUNIO 2024)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES
1.472	1.568	1.432	4.470

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 161 de 279

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

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

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

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

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

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

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

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

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

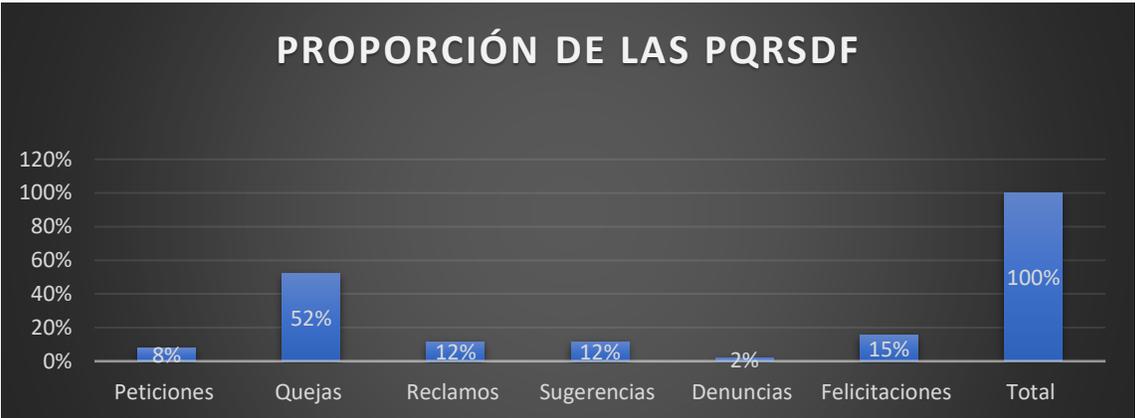
PQRSDf SEGÚN SU NATURALEZA	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL, PQRSDf (SEGUNDO TRIMESTRE 2024)	PROPORCIÓN
PETICIONES	0	1	1	2	8%
QUEJAS	20	9	12	41	52%
RECLAMOS	4	1	1	6	12%
SUGERENCIAS	0	3	2	5	12%
DENUNCIAS	0	0	0	0	2%
FELICITACIONES	3	0	3	6	15%
TOTAL	27	19	19	60	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

PROPORCIONALIDAD DE LAS PQRSDF:



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

Conforme se evidencia durante el segundo trimestre del 2024, la Oficina de Atención al Usuario a través de los buzones de sugerencias y otros medios recibió un total de **60** PQRSDF o manifestaciones por parte de los usuarios, de las cuales, el 8% pertenece a Peticiones, el 52% pertenece a las Quejas, el 12% son Reclamos, el 8% concierne a Sugerencias, 2% a Denuncias y el 15% a Felicitaciones. Igualmente se puede decir que la manifestación más recurrente durante este trimestre fue la **Queja** y en el mes en que más se presentaron manifestaciones fue el mes de Abril de 2024.

CANTIDAD DE PQRSDF RECIBIDAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE 2024 EN CADA SEDE Y SEGÚN SU NATURALEZA:

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

SEDE	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL, PQRSDF RECIBIDAS EN EL II TRIMESTRE 2024
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	4	0	1	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	2	0	3	10

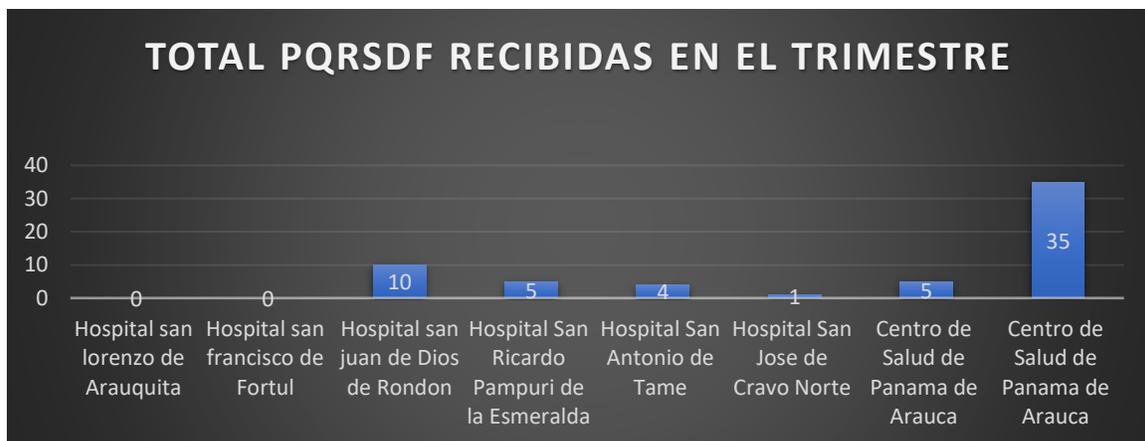
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 164 de 279

HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	4	4	2	5
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	17	9	9	4
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	0	0	0	1
CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	0	1	0	5
CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA	0	0	4	35
TOTAL	27	14	19	60

Según su naturaleza:

SEDE	P	Q	R	S	D	F	TOTAL
ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0	0
FORTUL	0	0	0	0	0	0	0
RONDÓN	1	3	0	3	0	3	10
ESMERALDA(PAMPURI)	0	5	0	0	0	0	5
TAME	0	3	0	1	0	0	4
CRAVO-NORTE	0	1	0	0	0	0	1
PTO JORDAN	0	4	0	0	0	1	5
PANAMA	1	25	6	1	0	2	35

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

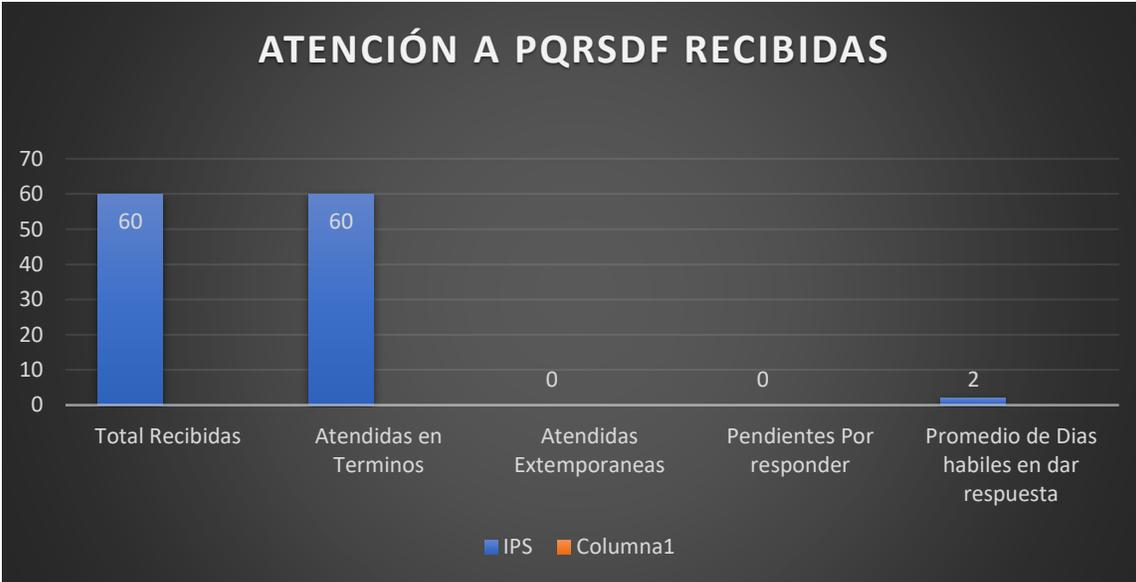
➤ **ATENCIÓN A PQRSDF RECIBIDAS:**

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

SEDE	TOTAL RECIBIDAS	ATENDIDAS EN TÉRMINOS	ATENDIDAS EXTEMPORÁNEAS	PENDIENTES POR RESPONDER	PROMEDIO DE DÍAS HÁBILES
------	-----------------	-----------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------

					EN DAR RESPUESTA
IPS	60	60	0	0	4

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



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

De las 52 PQRSDF recibidas en cada IPS durante el (II) trimestre del 2024 objeto de análisis, las 60 tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, 0 fueron atendidas extemporáneamente, 0 quedaron pendiente de trámite a la fecha de corte del informe y el promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas fue de 2 días hábiles. Es importante tener en cuenta que algunas de las manifestaciones no requerían respuesta en razón a que corresponden a comunicados de felicitaciones o agradecimientos por parte de los usuarios.

➤ **COMPORTAMIENTO PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2024.**

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

 <p>MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 167 de 279

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

Entendiendo la medición de la Satisfacción del Usuario como un tema de vital importancia en la gestión y evaluación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, La ESE Moreno y Clavijo busca permanentemente asegurarse que las necesidades de sus usuarios se identifiquen, se escuchen y se cumplan, lo cual facilita identificar oportunidades de mejora. Esto ha llevado a que se hayan construido dentro de la misma encuesta dos indicadores que evidencian el grado de percepción de sus usuarios. El primero es la percepción del usuario frente a la atención y el trato que recibe del personal administrativo y asistencial y el segundo es la percepción del usuario frente a la oportuna prestación de servicios y en general de las instalaciones en la que se prestan los servicios.

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

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

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

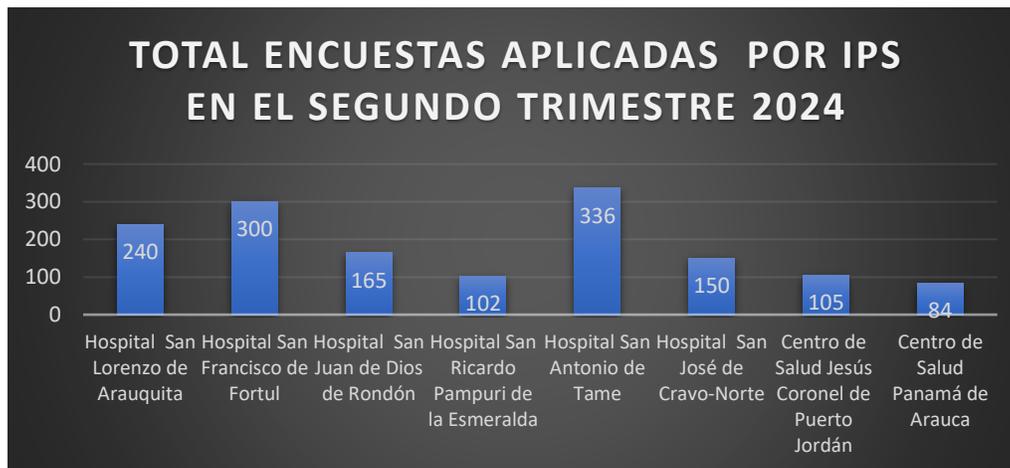
Cabe resaltar que el personal asignado como coordinadoras del procedimiento SIAU en cada IPS a su vez tienen bajo su responsabilidad otras actividades como son consultas, para el caso de las psicólogas y actividades asistenciales en los diferentes servicios para las auxiliares de enfermería. Se sigue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

➤ **NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS POR CADA IPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL A JUNIO DE 2024.**

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

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (Segundo trimestre 2024)
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	240
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	300
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	165
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	102
H. SAN ANTONIO DE TAME	336
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	150
C. S. JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	105
C. S. PANAMA DE ARAUCA	84
TOTAL ENCUESTAS APLICADAS (SEGUNDO TRIMESTRE 2024)	1.482

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

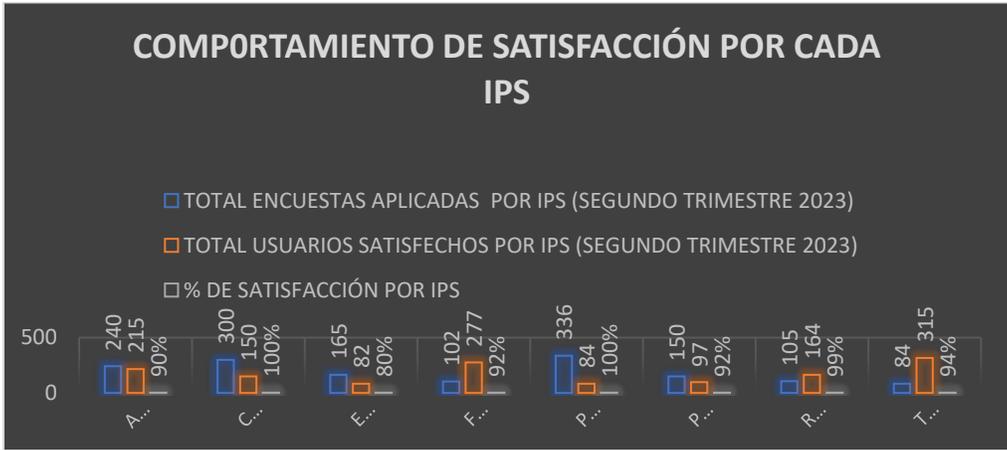
Durante el (II) trimestre del 2024 se aplicaron en total de 1.482 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 240 en el Hospital San Lorenzo de Arauquita, 300 en el Hospital San Francisco de Fortul, 165 en el Hospital San Juan de Dios de Rondón, 102 en el Hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, 336 en el Hospital San Antonio de Tame, 150 en el Hospital San José de Cravo-Norte, 84 en

el Centro de Salud Jesús Coronel de Puerto Jordán y 84 en el Centro de Salud Panamá de Arauca.

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

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (segundo trimestre 2024)	TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS POR IPS (segundo trimestre 2024)	% DE SATISFACCIÓN POR IPS
ARAUQUITA	240	215	90%
CRAVO NORTE	150	150	100%
ESMERALDA(PAMPURI)	102	82	80%
FORTUL	300	277	92%
PANAMA	84	84	100%
PTO JORDAN	105	97	92%
RONDÓN	165	164	99%
TAME	336	315	94%
TOTAL	1482	1384	93%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

Se observa que la gran mayoría de las IPS adscritas a la red hospitalaria de la ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO obtuvieron resultados satisfactorios teniendo en cuenta que el porcentaje de satisfacción obtenido se encuentra por encima del 90%; meta establecida para este indicador.

➤ **PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE 2024:**

TIEMPO (segundo trimestre 2024)	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS	Número de usuarios que responden "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría la experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su ips?	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta ips?	TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS	% DE SATISFACCIÓN GLOBAL
TOTAL	1.482	1.383	1.427	1.384	93%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

En la tabla y gráfica anterior observamos que durante el (II) trimestre del año 2024, se aplicaron un total de 1.482 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.383 usuarios contestaron muy buena a la pregunta ¿Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? Y 1.427 que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta ips?, y los usuarios satisfechos son 1.384 lo anterior un equivalente a un 93% de satisfacción.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 171 de 279

➤ **OTRA GESTIÓN REALIZADA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO SIAU:**

- Coordinación de ejecución de las actividades contempladas en el Plan de Acción, Mapa de Riesgos y Pamec institucional contempladas dentro del segundo trimestre de 2024.
- Registro en la plataforma SUIT de las PQRSDF presentadas en toda la red hospitalaria durante el trimestre.
- Coordinación de la realización de capacitaciones dirigidas tanto al personal de toda la red hospitalaria como a los usuarios en diferentes temáticas con el propósito de mejorar el servicio prestado al usuario y fomentar el respeto mutuo.
- Realización de auditoría mensual a informes de actividades del procedimiento desarrolladas durante el mes por las coordinadoras SIAU de toda la red hospitalaria.

CONCLUSIONES

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

En el informe proyectado se describió y se relacionó los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por las coordinadoras SIAU en el (II) trimestre de 2024, más el análisis mensual realizado por la sede central.

Como resultados pudimos observar que durante este periodo se realizó divulgación de derechos y deberes a 3.931 usuarios en toda la red hospitalaria. Una cifra realmente considerable que da indicios del interés y gestión para divulgar la importancia a los nuestros usuarios.

Igualmente se pudo establecer que durante el trimestre analizado la Oficina de Atención al Usuario recibió un total de 60 PQRSDF o manifestaciones por parte de los usuarios a los prestadores de servicio.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 172 de 279

Los resultados obtenidos muestran que durante el (II) trimestre del año 2024 las IPS adscritas La ESE Moreno y Clavijo generan una opinión positiva ante los usuarios y que está cumpliendo con las expectativas de los mismos.

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

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

8.2 INFORME DE GESTION PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Dentro del presente informe se analiza el cumplimiento de indicadores para la vigencia 2024 de acuerdo a los contratos capitas realizados con las EPS, así mismo se analiza información con respecto a los indicadores de evaluación según resolución 408 de 2018 de acuerdo a la evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el Gerente de las Empresas Sociales del Estado (ESE).

INTRODUCCIÓN

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

Los indicadores establecidos para la vigencia 2024 objeto de evaluación en cada una de las EPS, de acuerdo a resolución 3280 de 2018 son:

Código indicador	Nombre indicador	Programa	CUPS	Nombre CUPS
RPYMS72X	Cumplimiento en la atención en salud por profesional de medicina de primera infancia en el año	Primera Infancia	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL

RPYMS73X	Cumplimiento en la atención en salud por profesional de enfermería de primera infancia en el año	Primera Infancia	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA
RPYMS78X	Cumplimiento en la atención en salud por profesional de medicina de Infancia en el año	Infancia	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
RPYMS85X	Cumplimiento en la atención en salud por profesional de enfermería de Infancia en el año	Infancia	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA
RPYMS111X	Cumplimiento en la atención en salud por profesional de medicina en la adolescencia durante el año	Adolescencia	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
RPYMS112X	Cumplimiento en la atención en salud por profesional de enfermería en la adolescencia durante el año	Adolescencia	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA
RPYMS82X	Cumplimiento de la consulta del joven en el año	Juventud	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
RPYMS84X	Cumplimiento del programa del adulto en el año	Adultez	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
RPYMS108X	Cumplimiento en la consulta vejez en el año	Vejez	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
RPYMS272X	Cumplimiento en aplicación de BCG (RN)	Vacunación	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]
RPYMS273X	Cumplimiento en aplicación de Hepatitis B (RN)	Vacunación	993503	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B
RPYMS274X	Cumplimiento en aplicación de Pentavalente primera dosis	Vacunación	993130	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (PENTAVALENTE)
RPYMS275X	Cumplimiento en aplicación de Polio primera dosis	Vacunación	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)
RPYMS276X	Cumplimiento en aplicación de Rotavirus primera dosis	Vacunación	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS
RPYMS277X	Cumplimiento en aplicación de Neumococo primera dosis	Vacunación	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO
RPYMS278X	Cumplimiento en aplicación de Pentavalente segunda dosis	Vacunación	993130	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (PENTAVALENTE)
RPYMS279X	Cumplimiento en aplicación de Polio segunda dosis	Vacunación	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)
RPYMS280X	Cumplimiento en aplicación de Rotavirus segunda dosis	Vacunación	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS
RPYMS281X	Cumplimiento en aplicación de Neumococo segunda dosis	Vacunación	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO
RPYMS282X	Cumplimiento en aplicación de Pentavalente tercera dosis	Vacunación	993130	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (PENTAVALENTE)

RPYMS283X	Cumplimiento en aplicación de Polio tercera dosis	Vacunación	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)
RPYMS284X	Cumplimiento en aplicación de Triple Viral primera dosis	Vacunación	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)
RPYMS285X	Cumplimiento en aplicación de Hepatitis A	Vacunación	993502	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS A
RPYMS286X	Cumplimiento en aplicación de Varicela primera dosis	Vacunación	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA
RPYMS287X	Cumplimiento en aplicación de Neumococo refuerzo	Vacunación	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO
RPYMS288X	Cumplimiento en aplicación de Fiebre Amarilla	Vacunación	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA
RPYMS289X	Cumplimiento en aplicación de Polio primer refuerzo	Vacunación	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)
RPYMS290X	Cumplimiento en aplicación de Pentavalente primer refuerzo	Vacunación	993130	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (PENTAVALENTE)
RPYMS291AX	Cumplimiento en aplicación de Triple Viral refuerzo (2 años y mas)	Vacunación	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)
RPYMS291X	Cumplimiento en aplicación de Triple Viral refuerzo (Nuevo Esquema)	Vacunación	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)
RPYMS292X	Cumplimiento en aplicación de Varicela refuerzo	Vacunación	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA
RPYMS293X	Cumplimiento en aplicación de DPT segundo refuerzo	Vacunación	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]
RPYMS294X	Cumplimiento en aplicación de polio segundo refuerzo	Vacunación	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)
RPYMS312X	Cumplimiento en aplicación de primera dosis contra el virus del papiloma humano (VPH)	Vacunación	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]
RPYMS384X	Cumplimiento de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en niños	Vacunación	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]
RPYMS91X	Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil	Vacunación	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [TD]
RPYMS92X	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	Vacunación	995201	OTRA VACUNACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
RPYMS12X	Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de 2 meses de edad	Lactancia Materna	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA
RPYMS109X	Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad con suministro de micronutrientes en polvo	Salud Nutricional	V06DX01	MICRONUTRIENTES EN POLVO
RPYMS10X	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suplementación con sulfato ferroso	Salud Nutricional	B03AA0701	SULFATO FERROSO
RPYMS11X	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitamina A	Salud Nutricional	A11CA01	VITAMINA A

RPYMS13X	Cobertura de desparasitación antihelmíntica en niños de 1 a 5 años	Salud Nutricional	P02CA03 - P02CA01	ANTIPARASITARIO
RPYMS262X	Proporción de mujeres de 10 a 13 años a quienes se realizó tamizaje de hemoglobina y hematocrito en el año	Salud Nutricional	902213	HEMOGLOBINA
RPYMS114X	Proporción de mujeres de 14 a 17 años a quienes se realizó tamizaje de hemoglobina y hematocrito en el año	Salud Nutricional	902213	HEMOGLOBINA
RPYMS30X	Cobertura de aplicación semestral de flúor (barniz)	Salud Oral	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ
RPYMS33X	Cumplimiento en la consulta de valoración de la salud bucal en el año	Salud Oral	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL
RPYMS35X	Cumplimiento en el control de placa bacteriana en el año	Salud Oral	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL
RPYMS37X	Cumplimiento de aplicación de sellantes de fotocurado o autocurado a niños y niñas en primera infancia, infancia y adolescencia en el año	Salud Oral	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES
RPYMS38X	Cumplimiento de realización de Detartraje Supragingival en el año	Salud Oral	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL
RPYMS115X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la juventud durante el año	Cardiometabolico - Juventud	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
RPYMS115X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la juventud durante el año	Cardiometabolico - Juventud	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO
RPYMS115X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la juventud durante el año	Cardiometabolico - Juventud	903818	COLESTEROL TOTAL
RPYMS115X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la juventud durante el año	Cardiometabolico - Juventud	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
RPYMS115X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la juventud durante el año	Cardiometabolico - Juventud	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
RPYMS115X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la juventud durante el año	Cardiometabolico - Juventud	903868	TRIGLICERIDOS
RPYMS115X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la juventud durante el año	Cardiometabolico - Juventud	907106	UROANÁLISIS
RPYMS116X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la adultez durante el año	Cardiometabolico - Adultez	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
RPYMS116X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la adultez durante el año	Cardiometabolico - Adultez	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO
RPYMS116X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la adultez durante el año	Cardiometabolico - Adultez	903818	COLESTEROL TOTAL
RPYMS116X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la adultez durante el año	Cardiometabolico - Adultez	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
RPYMS116X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la adultez durante el año	Cardiometabolico - Adultez	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
RPYMS116X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la adultez durante el año	Cardiometabolico - Adultez	903868	TRIGLICERIDOS

RPYMS116X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la adultez durante el año	Cardiometabolico - Adultez	907106	UROANÁLISIS
RPYMS117X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la vejez durante el año	Cardiometabolico - Vejez	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
RPYMS117X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la vejez durante el año	Cardiometabolico - Vejez	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO
RPYMS117X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la vejez durante el año	Cardiometabolico - Vejez	903818	COLESTEROL TOTAL
RPYMS117X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la vejez durante el año	Cardiometabolico - Vejez	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
RPYMS117X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la vejez durante el año	Cardiometabolico - Vejez	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
RPYMS117X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la vejez durante el año	Cardiometabolico - Vejez	903868	TRIGLICERIDOS
RPYMS117X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la vejez durante el año	Cardiometabolico - Vejez	907106	UROANÁLISIS
RPYMS96X	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización en el año	DT Cérvix	898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL
RPYMS96X	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización en el año	DT Cérvix	892901	TOMA NO QUIRÚRGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLÓGICO
RPYMS62X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (pruebas ADN-VPH), tamizadas en el año	DT Cérvix	908890	DETECCIÓN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
RPYMS128X	Proporción de mujeres de 30 a 50 años residentes en áreas dispersas, tamizadas con técnicas de inspección visual en el año	DT Cérvix	892904	TÉCNICAS DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO Y LUGOL
RPYMS58X	Proporción de mujeres con citología anormal o citología de triage anormal a quienes se realizó colposcopia y biopsia	DT Cérvix	702203	COLPOSCOPIA
RPYMS100X	Cumplimiento en el tamizaje para cáncer de mama en el año	DT Mama	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL
RPYMS102X	Cumplimiento en la toma de biopsia de mama en mujeres reporte de Birads 4 y 5	DT Mama	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)
RPYMS102X	Cumplimiento en la toma de biopsia de mama en mujeres reporte de Birads 4 y 5	DT Mama	851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA
RPYMS102X	Cumplimiento en la toma de biopsia de mama en mujeres reporte de Birads 4 y 5	DT Mama	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA
RPYMS140X	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con PSA en el año	DT Próstata	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
RPYMS135X	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas con SOMF en el año	DT Colon Y Recto	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN		Versión 01
			Página 177 de 279

				HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)
RPYMS136X	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas con Colonoscopia en el año	DT Colon Y Recto	452301	COLONOSCOPIA TOTAL
RPYMS39X	Proporción de mujeres con asesoría en anticoncepción - control	SSR	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA
RPYMS103X	Proporción de personas con ITS a quien se entrega preservativos	SSR	91010816	PRESERVATIVOS
RPYMS158X	Cumplimiento en la tamización de Hepatitis C en el año	SSR	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
RPYMS80X	Cumplimiento en la realización de la tamización para VIH en el año	SSR	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS
RPYMS160X	Cumplimiento de tamización para Hepatitis B en el año	SSR	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]
RPYMS162X	Cumplimiento de tamización para Sífilis en el año	SSR	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
RPYMS77X	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcepcional en el año	RMP - Preconcepcional	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

ESTADO ACTUAL DE CONTRATOS CON LAS EPS EN PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Con corte a 30 de junio se tiene contratos con todas las EPS con vigencias anteriores, pero algunas de ellas están pendientes por realizar los anexos actualizados con la vigencia 2024, para finiquitar el proceso de acuerdo de voluntades, como es el caso de Coosalud y la evaluación por comité nacional del nuevo NT para la contratación de Nueva EPS. Durante este trimestre se llevó a cabo la contratación con FOMAG para la atención de los docentes en toda la red hospitalaria de la ESE.

POBLACION OBJETO A SER ATENDIDA POR CONTRATOS CAPITA

Para la vigencia 2024, tenemos contratada la población capitada del régimen subsidiado de las EPS Nueva EPS, Sanitas, Coosalud solo en municipio de Arauquita y Foscal en Cravo Norte y Puerto Rondón, Fomag a partir del mes de junio de 2024.

CUMPLIMIENTO METAS DE PYM NUEVA EPS

REGIMEN SUBSIDIADO

HOSPITALES	NUEVA EPS SUBSIDIADO					
	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO

HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	84.9%	82%	86.4%	84,8%	84.6%	84.8%	84%
	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	95.5%	92.6%	91.2%	90.2%	91.1%	93.1%	93.6%
	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAQUITA	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	95.7%	92%	91.4%	91.5%	91.7%	89.1%	94%
	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Deficiente	Óptimo
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	95%	88.1%	91.5%	92.8%	90.7%	91.3%	88.9%
	Óptimo	Deficiente	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Deficiente
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	91.1%	71.8%	78.4%	82.6%	88.3%	90.2%	90.9%
	Óptimo	Muy deficiente	Muy deficiente	Deficiente	Deficiente	Óptimo	Óptimo

Para este segundo trimestre de la vigencia 2024 se puede observar que tres municipios cuentan con porcentajes Óptimos que son Puerto Rondón, Arauquita y Fortul siendo el mejor porcentaje Arauquita con un 94% de cumplimiento. Los municipios de Tame y Cravo Norte se encuentran con porcentajes de Deficiente, pero se observa una disminución en los dos municipios comparados con el mes de mayo de 2024.

Dentro de los indicadores del régimen subsidiado por municipio se deben mejorar para el siguiente trimestre los siguientes indicadores:

TAME

Proceso	Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
RPYMS	Primera Infancia	RPYMS74X	Cumplimiento en la aplicación de escala abreviada del desarrollo a niñas y niños en primera infancia en el año	635	1,532	41.4%	65%	Muy deficiente
RPYMS	Infancia	RPYMS45X	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	552	2,177	25.3%	60%	No aceptable
RPYMS	Adolescencia	RPYMS47X	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	1,052	2,349	44.7%	60%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS92X	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	20	32	62.5%	90%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS93X	Cobertura de vacunación en adultos	337	3,220	10.4%	20%	No aceptable
RPYMS	Vacunación	RPYMS223X	Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más	3,723	5,792	64.2%	85%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS224X	Cobertura vacunación COVID en población general	10,931	25,089	43.5%	55%	Muy deficiente
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS146X	Cumplimiento en el suministro de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el año	387	2,454	15.7%	25%	Muy deficiente
RPYMS	RMP - Preconcepcional	RPYMS172X	Porcentaje de usuarias gestantes con consulta preconcepcional	8	145	5.5%	10%	No aceptable
RPYMS	RMP - Preconcepcional	RPYMS184X	Porcentaje de usuarias gestantes con asesoría en anticoncepción	8	32	25%	80%	No aceptable
RPYMS	DT cervix	RPYMS61X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (pruebas ADN/VPH) según esquema	184	5,156	3.5%	65%	No aceptable
RPYMS	DT cervix	RPYMS62X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (pruebas ADN/VPH) tamizadas en el año	74	2,578	2.8%	20%	No aceptable
RPYMS	DT Prostata	RPYMS141X	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con Tacto Rectal	51	2,633	1.9%	15%	No aceptable
RPYMS	DT Prostata	RPYMS142X	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con Tacto Rectal en el año	23	1,316	1.7%	8%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Salud sexual y reproductiva	RPYMS346X	Proporción de personas con resultado reactivo en prueba de tamización para VIH, que tienen valoración médica positiva	8	17	47%	80%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Desnutrición menores 5 años	RPYMS220X	Proporción de niñas y niños de 6 a 59 meses con Desnutrición Aguda con prescripción de FTL C	11	23	47.8%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Transmisibles	RPYMS226X	Captación de Sintomáticos Respiratorios	97	321	30.2%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Transmisibles	RPYMS229X	Proporción de éxito de tratamiento en casos nuevos de tuberculosis pulmonar	1	2	50%	65%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	PAPSIVI	RPYMS225X	Cumplimiento protocolo de atención de PAPSIVI	1,715	12,502	13.7%	30%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	PAPSIVI	RPYMS207X	Personas Víctimas de conflicto Armado que registran valoración por profesional de Psicología	1,758	12,502	14%	40%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	PAPSIVI	RPYMS210X	Cumplimiento protocolo de atención a Víctimas de conflicto Armado (9 Sentencias CIJH v. T045)	2	4	50%	70%	Muy deficiente
SALUD PÚBLICA	Salud mental	RPYMS213X	Personas con violencia sexual con valoración por Psicología	11	24	45.8%	60%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Salud mental	RPYMS214X	Personas con violencia no sexual con valoración por Psicología	13	85	15.2%	20%	Muy deficiente

FORTUL

Proceso	Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
RPYMS	Infancia	RPYMS45X	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	494	1,312	37.6%	60%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS93X	Cobertura de vacunación en adultos	183	1,542	11.8%	20%	No aceptable
RPYMS	Vacunación	RPYMS223X	Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más	1,789	2,933	60.9%	85%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS224X	Cobertura vacunación COVID en población general	6,330	14,739	42.9%	55%	Muy deficiente
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS146X	Cumplimiento en el suministro de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el año	240	1,334	17.9%	25%	Muy deficiente
RPYMS	DT cervix	RPYMS61X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (pruebas ADN/VPH) según esquema	425	2,778	15.2%	65%	No aceptable
RPYMS	DT cervix	RPYMS67X	Proporción de mujeres que se realizan las pruebas de tamización para cáncer de cuello uterino y reclaman el resultado	431	731	58.9%	75%	Muy deficiente
SALUD PÚBLICA	Desnutrición menores 5 años	RPYMS186X	Proporción de niñas y niños de 0 a 59 meses con diagnóstico de Desnutrición Aguda con prueba de apetito	14	20	70%	90%	Muy deficiente
SALUD PÚBLICA	Desnutrición menores 5 años	RPYMS220X	Proporción de niñas y niños de 6 a 59 meses con Desnutrición Aguda con prescripción de FTL C	3	14	21.4%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Transmisibles	RPYMS226X	Captación de Sintomáticos Respiratorios	100	188	53.1%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Transmisibles	RPYMS229X	Proporción de éxito de tratamiento en casos nuevos de tuberculosis pulmonar	2	3	66.6%	85%	Muy deficiente
SALUD PÚBLICA	PAPSIVI	RPYMS207X	Personas Víctimas de conflicto Armado que registran valoración por profesional de Psicología	1,824	5,931	30.7%	40%	Muy deficiente

ARAUQUITA

Proceso	Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
RPYMS	Infancia	RPYMS45X	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	623	2,362	26.3%	60%	No aceptable
RPYMS	Infancia	RPYMS46X	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	875	2,317	37.7%	50%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS93X	Cobertura de vacunación en adultos	453	3,732	12.1%	20%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS223X	Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más.	3,493	6,613	52.8%	65%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS224X	Cobertura vacunación COVID en población general	10,228	26,880	38%	55%	Muy deficiente
RPYMS	DT cervix	RPYMS61X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (muebas ADN-VPH) según esquema	132	5,621	2.3%	65%	No aceptable
RPYMS	DT cervix	RPYMS62X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (muebas ADN-VPH) tamizadas en el año	44	2,810	1.5%	20%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Desnutrición menores 5 años	RPYMS220X	Proporción de niñas y niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda con prescripción de FTL C.	5	15	33.3%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Ranking INS	RPYMS236X	Proporción de usuarios con dengue con signos de alarma hospitalizados.	3	6	37.5%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	PAPSI VI	RPYMS207X	Personas Víctimas de conflicto Armado que registran valoración por profesional de Psicología	2,447	7,990	30.6%	40%	Muy deficiente
SALUD PÚBLICA	Salud mental	RPYMS213X	Personas con violencia sexual con valoración por Psicología	5	12	41.6%	60%	No aceptable

RONDON

Proceso	Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
RPYMS	Primera Infancia	RPYMS43X	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para el primer semestre de un año	3	10	30%	50%	Muy deficiente
RPYMS	Infancia	RPYMS45X	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	26	75	34.6%	60%	No aceptable
RPYMS	Adolescencia	RPYMS47X	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	29	73	39.7%	60%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS92X	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	2	3	66.6%	90%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS223X	Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más.	75	115	65.2%	65%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS224X	Cobertura vacunación COVID en población general	357	833	42.8%	55%	Muy deficiente
RPYMS	Cardiometabólico	RPYMS118X	Cumplimiento en la clasificación de Riesgo Cardiovascular o Metabólico en el año	56	248	22.5%	30%	Muy deficiente
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS103X	Proporción de personas con ITS a quien se entrega prescripciones	1	3	33.3%	50%	Muy deficiente
RPYMS	RMP - Preconcepcional	RPYMS184X	Porcentaje de usuarias gestantes con asesoría en anticoncepción	1	3	33.3%	80%	No aceptable
RPYMS	DT cervix	RPYMS61X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (muebas ADN-VPH) según esquema	1	162	0.6%	65%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Salud sexual y reproductiva	RPYMS348X	Proporción de personas con resultado positivo en prueba de tamizamiento para sífilis, que tienen valoración médica posterior	2	4	50%	60%	Muy deficiente

CRAVO NORTE

Proceso	Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
RPYMS	Primera Infancia	RPYMS74X	Cumplimiento en la aplicación de escala abreviada del desarrollo a niñas y niños en primera infancia en el año	27	61	44.2%	65%	Muy deficiente
RPYMS	Alt nutricionales	RPYMS114X	Proporción de mujeres de 14 a 17 años a quienes se realizó tamizaje de hemoglobina y hematocrito en el año	2	12	16.6%	25%	Muy deficiente
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS222X	Proporción de mujeres post evento obstétrico con asesoría en anticoncepción	1	6	12.5%	40%	No aceptable
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS94X	Proporción de mujeres con uso de un método anticonceptivo	39	164	23.7%	30%	Muy deficiente
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS95X	Proporción de mujeres con comorbilidad con uso de un método anticonceptivo	15	40	37.5%	50%	Muy deficiente
RPYMS	DT cervix	RPYMS61X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (muebas ADN-VPH) según esquema	4	95	4.2%	65%	No aceptable
RPYMS	DT cervix	RPYMS62X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (muebas ADN-VPH) tamizadas en el año	2	47	4.2%	20%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Transmisibles	RPYMS226X	Captación de Sintomáticos Respiratorios	1	7	14.2%	90%	No aceptable

Se llevaron a cabo los planes de mejora correspondientes para cada uno de los municipios, el porcentaje global de cumplimiento para el primer semestre de la vigencia actualmente se encuentra en un 90.3%.

REGIMEN CONTRIBUTIVO

El régimen contributivo de Nueva EPS para la vigencia 2024, paso a contrato capitado, es decir que las metas establecidas para este régimen deben ser de obligatorio cumplimiento en los municipios de Fortul, Cravo Norte y Puerto Rondón.

HOSPITALES	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO						
	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
	91.8%	86.9%	89.4%	90%	93%	93.9%	93.2%
	Óptimo	Deficiente	Deficiente	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Óptimo
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
	90.4%	85.8%	89%	90.1%	92%	92.9%	89.6%
	Óptimo	Deficiente	Deficiente	Óptimo	Óptimo	Óptimo	Deficiente
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
	92.3%	68.6%	83.3%	86.2%	92%	90%	94.6%
	Óptimo	Muy	Deficiente	Deficiente	Óptimo	Óptimo	Óptimo

El comportamiento en el segundo trimestre de la vigencia fue satisfactorio para los municipios de Fortul y Puerto Rondón, excepto en el municipio de Cravo Norte que tiene un cumplimiento del 89.6% con corte a junio de 2024. Cabe resaltar que el municipio de Puerto Rondón tiene un mejoramiento satisfactorio durante este mes, donde se observa el progreso del cumplimiento de indicadores.

Dentro de los indicadores del del régimen contributivo, que se deben mejorar para el siguiente trimestre se encuentran:

FORTUL

Proceso	Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
RPYMS	Infancia	RPYMS45X	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	14	77	18.1%	60%	No aceptable
RPYMS	Infancia	RPYMS46X	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	28	64	43.7%	50%	Deficiente
RPYMS	Adolescencia	RPYMS47X	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	21	56	37.5%	60%	Muy deficiente
RPYMS	Adolescencia	RPYMS48X	Cobertura de personas adolescentes, con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido	14	62	22.5%	40%	No aceptable
RPYMS	Vacunación	RPYMS93X	Cobertura de vacunación en adultos	13	86	15.1%	20%	Muy deficiente
RPYMS	Vacunación	RPYMS223X	Cobertura vacunación COVID en población de 50 años y más	159	193	82.3%	85%	Deficiente
RPYMS	Alt nutricionales	RPYMS9X	Proporción de personas en la vejez con valoración antropométrica	60	86	69.7%	70%	Deficiente
RPYMS	Cardiometabólico	RPYMS116X	Cumplimiento tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico en la adultez durante el año	56	352	15.9%	20%	Muy deficiente
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS150X	Proporción de mujeres adolescentes con asesoría en anticoncepción en el año	3	14	21.4%	25%	Deficiente
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS95X	Proporción de mujeres con comorbilidad con uso de un método anticonceptivo	40	82	48.7%	50%	Deficiente
RPYMS	Salud sexual y reproductiva	RPYMS146X	Cumplimiento en el suministro de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el año	31	151	20.5%	25%	Deficiente
RPYMS	DT cervix	RPYMS61X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (nuevas ADN/PHI según esquema)	30	344	8.7%	65%	No aceptable
RPYMS	DT cervix	RPYMS62X	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (nuevas ADN/PHI tamizadas en el año)	25	172	14.5%	20%	Muy deficiente
RPYMS	DT cervix	RPYMS67X	Proporción de mujeres que se realizan las pruebas de tamización para cáncer de cuello uterino y reclaman el resultado	55	75	73.3%	75%	Deficiente
DEMANDA INDUCIDA	Demanda inducida	RPYMS52aX	Cobertura de personas con Valoración Integral de acuerdo al esquema definido	681	1,455	46.8%	50%	Deficiente
SALUD PÚBLICA	Desnutrición menores 5 años	RPYMS220X	Proporción de niñas y niños de 6 a 59 meses con Desnutrición Aguda con prescripción de ETI C	1	2	50%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Desnutrición menores 5 años	RPYMS190X	Proporción de niños con Desnutrición Aguda con valoración integral de RPYMS	1	2	50%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	Transmisibles	RPYMS226X	Captación de Sintomáticos Respiratorios	3	16	18.7%	90%	No aceptable
SALUD PÚBLICA	PAPSIVI	RPYMS225X	Cumplimiento protocolo de atención de PAPSIVI	163	626	26%	30%	Deficiente
SALUD PÚBLICA	PAPSIVI	RPYMS207X	Personas Víctimas de conflicto Armado que registran valoración por profesional de Psicología	169	626	26.9%	40%	Muy deficiente

Se puede observar que con corte al mes de junio hay un incremento mínimo del cumplimiento de actividades de PyM por parte de todos los municipios, esto teniendo en cuenta que se incrementaron los indicadores de manera gradual de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y la Protección Social. Se observa que el mejor cumplimiento lo tiene el hospital San Francisco de Fortul con un 78.7%, seguido del municipio de Cravo Norte con un 71.5% de cumplimiento; el único municipio que se encuentra por debajo del 70% de cumplimiento es Tame. Los indicadores que debemos mejores en cada uno de los municipios son:

ARAUQUITA

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Alt nutricionales	RPYMS10	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suplementación con sulfato ferroso	89	409	21.7%	60%	No aceptable
Alt nutricionales	RPYMS11	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitamina A	109	409	26.6%	60%	No aceptable
Lactancia Materna	RPYMS12	Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de 1 mes de edad	10	65	15.3%	50%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS41	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para el menor de un año	5	16	31.2%	65%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS43	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para el menor de un año	13	55	23.6%	65%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS44	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 5 años	79	252	31.3%	65%	No aceptable
Infancia	RPYMS45	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	175	499	35%	55%	Muy deficiente
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	129	549	23.4%	55%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	167	697	23.9%	45%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS48	Cobertura de personas adolescentes, con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido	161	679	23.7%	45%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS57	Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Específicos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinado)	12	658	1.8%	60%	No aceptable
DT cérvix	RPYMS58	Proporción de mujeres con citología anormal o citología de triage normal a quienes se realizó colposcopia y biopsia	15	27	55.5%	80%	Muy deficiente
DT cérvix	RPYMS59	Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal, citología de triage anormal o técnicas de inspección visual positiva remitidas, que cumplen el estándar de 30 días para la realización de colposcopia	11	27	40.7%	60%	Muy deficiente
DT cérvix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (pruebas ADN/VPH) según esquema	4	1,445	0.2%	65%	No aceptable
DT cérvix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	956	1,796	53.2%	80%	Muy deficiente
DT mama	RPYMS65	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos diez años	202	569	35.5%	70%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS69	Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años	11	1,302	0.8%	10%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS77	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención anticoncepcional	11	1,866	0.5%	26%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS87	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con PSA	47	658	7.1%	60%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS88	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunoenzimática, según lo definido en el esquema)	279	1,302	21.4%	55%	No aceptable
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	9	18	50%	90%	No aceptable
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	162	943	17.1%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS94	Porcentaje de mujeres con uso de un método anticonceptivo	544	2,013	27%	40%	Muy deficiente
Salud sexual y reproductiva	RPYMS95	Porcentaje de mujeres con comorbilidad con uso de un método anticonceptivo	18	87	20.6%	70%	No aceptable
DT cérvix	RPYMS97	Cumplimiento en la toma de colposcopia	37	66	56%	80%	Muy deficiente
DT mama	RPYMS100	Cumplimiento en el tamizaje para cáncer de mama en el año	35	237	14.7%	50%	No aceptable
Vacunación	RPYMS106	Cobertura de vacunación en menores de 1 año (0 a 11 meses 29 días)	46	71	64.7%	90%	Muy deficiente
Cardiometabólico	RPYMS221	Proporción de personas con clasificación de riesgo cardiovascular A metabólico	836	3,949	21.1%	60%	No aceptable
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	3,121	7,477	41.7%	70%	No aceptable

FORTUL

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Alt nutricionales	RPYMS11	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitamina A	69	202	33.6%	50%	No aceptable
Lactancia Materna	RPYMS12	Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de 1 mes de edad	5	32	9.3%	50%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS41	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para el menor de un año	2	8	25%	65%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS43	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para el menor de un año	7	27	25.9%	65%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS44	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 5 años	43	130	31.6%	65%	No aceptable
Infancia	RPYMS45	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	95	282	33.6%	55%	Muy deficiente
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	70	289	24.2%	55%	No aceptable

Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido.	130	576	34.5%	45%	Muy deficiente
Adolescencia	RPYMS48	Cobertura de personas adolescentes, con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido.	119	372	31.9%	45%	Muy deficiente
DT cervix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (muebas ADN-VPH) según esquema.	108	789	13.6%	65%	No aceptable
DT mama	RPYMS66	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años.	141	277	50.9%	70%	Muy deficiente
DT Colon y Recto	RPYMS69	Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años.	5	664	0.7%	10%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS77	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcepcional.	23	1,033	2.2%	26%	No aceptable
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	4	7	57.1%	90%	Muy deficiente
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	62	432	14.3%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS94	Porcentaje de mujeres con uso de un método anticonceptivo.	295	1,133	26%	40%	Muy deficiente
Salud sexual y reproductiva	RPYMS95	Porcentaje de mujeres con comorbilidad con uso de un método anticonceptivo.	10	45	22.2%	70%	No aceptable
DT cervix	RPYMS98	Cumplimiento en la toma de biopsia de cuello uterino	1	2	50%	80%	Muy deficiente
DT mama	RPYMS101	% de Mamografías con toma adecuada	32	51	62.7%	90%	Muy deficiente
Salud sexual y reproductiva	RPYMS103	% de personas con ITS a quienes se entrega preservativos	2	11	18.1%	50%	No aceptable
Cardiometabólico	RPYMS221	Proporción de personas con clasificación de riesgo cardiovascular a metabólico.	784	2,232	35.1%	50%	No aceptable
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	1,992	4,068	48.9%	70%	Muy deficiente

TAME

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Alt nutricionales	RPYMS10	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suplementación con sulfato ferroso.	57	544	6.8%	60%	No aceptable
Alt nutricionales	RPYMS11	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de lactancia materna.	121	544	22.2%	60%	No aceptable
Lactancia Materna	RPYMS12	Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de 1 mes de edad.	6	110	4.5%	50%	No aceptable
Salud Oral	RPYMS20	Cobertura de control de placa bacteriana en personas jóvenes.	374	1,777	21%	45%	No aceptable
Salud Oral	RPYMS24	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la infancia.	439	1,431	30.6%	39%	Muy deficiente
Salud Oral	RPYMS25	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la adolescencia.	449	1,892	23.7%	50%	Muy deficiente
Salud Oral	RPYMS26	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la juventud, adultez y vejez.	1,687	6,287	26.8%	36%	Muy deficiente
Salud Oral	RPYMS27	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la juventud.	471	1,777	26.5%	45%	No aceptable
Salud Oral	RPYMS28	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la adultez.	932	3,388	27.5%	36%	Muy deficiente
Salud Oral	RPYMS29	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la vejez.	230	1,122	20.4%	28%	Muy deficiente
Primera Infancia	RPYMS41	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para el menor de un año.	8	22	36.3%	65%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS42	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 6 años.	256	616	41.5%	65%	Muy deficiente
Primera Infancia	RPYMS43	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para el menor de un año.	27	90	30%	65%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS44	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 6 años.	127	362	35%	65%	No aceptable
Infancia	RPYMS45	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia.	241	674	35.7%	55%	Muy deficiente
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia.	260	757	34.3%	55%	Muy deficiente
Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido.	288	972	29.6%	45%	Muy deficiente
DT Prostata	RPYMS57	Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos	2	851	0.2%	60%	No aceptable
DT cervix	RPYMS58	Proporción de mujeres con citología cervical combinada (Pap smear, Papanicolaou, PSA) y tacto vaginal combinado.	4	12	33.3%	80%	No aceptable
DT cervix	RPYMS59	Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal, citología de triaje anormal o técnicas de inspección visual positiva remitidas, que cumplen el estándar de 30 días para el diagnóstico.	1	12	8.3%	60%	No aceptable
DT cervix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (muebas ADN-VPH) según esquema.	58	2,074	2.7%	65%	No aceptable
DT cervix	RPYMS62	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (muebas ADN-VPH) tamizadas en el año.	37	863	4.2%	20%	No aceptable
DT cervix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización.	1,064	2,554	41.6%	80%	No aceptable
DT mama	RPYMS65	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años.	244	780	31.2%	70%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS69	Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años.	5	1,736	0.2%	10%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS77	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcepcional.	14	2,665	0.5%	26%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS87	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con PSA.	38	851	4.4%	60%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS88	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con	577	1,736	33.2%	55%	Muy deficiente
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	4	10	40%	90%	No aceptable
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	105	1,122	9.3%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS95	Porcentaje de mujeres con comorbilidad con uso de un método anticonceptivo.	44	116	37.9%	70%	No aceptable
DT cervix	RPYMS96	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización en el año.	221	1,063	20.7%	35%	No aceptable
DT cervix	RPYMS97	Cumplimiento en la toma de colposcopia	12	22	54.5%	80%	Muy deficiente
DT mama	RPYMS100	Cumplimiento en el tamizaje para cáncer de mama en el año.	19	325	5.8%	50%	No aceptable
DT mama	RPYMS102	Cumplimiento en la toma de biopsia de mama en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.	1	3	33.3%	90%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS103	% de personas con ITS a quien se entrega preservativos	2	13	15.3%	50%	No aceptable
Vacunación	RPYMS224	Cobertura vacunación Covid en población general	4,753	10,290	46.1%	70%	Muy deficiente

CRAVO NORTE

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Alt nutricionales	RPYMS7	Proporción de jóvenes con valoración antropométrica	182	360	50.5%	70%	Muy deficiente
Alt nutricionales	RPYMS11	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitaminas A	54	116	46.5%	60%	Muy deficiente
Salud Oral	RPYMS20	Cobertura de control de placa bacteriana en personas jóvenes	114	360	31.6%	45%	Muy deficiente
Primera Infancia	RPYMS44	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	23	62	28%	65%	No aceptable
Infancia	RPYMS45	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	60	158	37.9%	55%	Muy deficiente
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	40	130	30.7%	55%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	53	164	32.3%	45%	Muy deficiente
DT Prostata	RPYMS57	Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Específicos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinados)	7	295	2.3%	60%	No aceptable
DT cervix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (tombas ADN/VPH) según esquema	27	498	5.4%	65%	No aceptable
DT cervix	RPYMS62	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (tombas ADN/VPH) según esquema	8	207	3.8%	20%	No aceptable
DT cervix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	244	577	42.2%	80%	No aceptable
DT mama	RPYMS65	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos diez años	45	237	18.9%	70%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS77	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconceptual	60	563	10.6%	26%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS87	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con PSA	67	295	22.4%	60%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS88	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunocromatografía según lo definido en el esquema)	141	565	24.9%	55%	No aceptable
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	1	5	20%	90%	No aceptable
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	65	413	20.5%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS94	Porcentaje de mujeres con uso de un método anticonceptivo	164	584	28%	40%	Muy deficiente
Salud sexual y reproductiva	RPYMS95	Porcentaje de mujeres con comorbilidad con uso de un método anticonceptivo	12	44	27.2%	70%	No aceptable
DT cervix	RPYMS96	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización en el año	64	240	22.5%	55%	Muy deficiente
Cardiometabólico	RPYMS221	Proporción de personas con clasificación de riesgo cardiovascular ó metabólico	197	1,328	14.8%	60%	No aceptable

PUERTO RONDON

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Actividad
Alt nutricionales	RPYMS7	Proporción de jóvenes con valoración antropométrica	236	463	50.9%	70%	Muy deficiente
Alt nutricionales	RPYMS10	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suplementación con sulfato ferroso	10	147	6.8%	60%	No aceptable
Lactancia Materna	RPYMS12	Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de 1 año de edad	1	27	3.7%	50%	No aceptable
Salud Oral	RPYMS20	Cobertura de control de placa bacteriana en personas jóvenes	160	463	34.5%	45%	Muy deficiente
Salud Oral	RPYMS24	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la infancia	100	531	30.2%	59%	Muy deficiente
Salud Oral	RPYMS25	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la adolescencia	91	445	20.4%	30%	Muy deficiente
Primera Infancia	RPYMS42	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 6 años	61	173	46.8%	65%	Muy deficiente
Primera Infancia	RPYMS43	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	6	17	35.2%	65%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS44	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 6 años	22	98	22.4%	65%	No aceptable
Infancia	RPYMS45	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	37	151	24.5%	55%	No aceptable
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	8	180	4.4%	55%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	21	239	8.7%	45%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS48	Cobertura de personas adolescentes, con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido	15	206	7.2%	45%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS57	Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Específicos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinados)	101	326	30.9%	60%	No aceptable
DT cervix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (tombas ADN/VPH) según esquema	15	547	2.7%	65%	No aceptable
DT cervix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	283	653	43.3%	80%	No aceptable
DT mama	RPYMS65	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos diez años	124	235	52.7%	70%	Muy deficiente
DT Colon y Recto	RPYMS69	Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años	3	591	0.5%	10%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS77	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconceptual	53	698	7.5%	26%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS79	Cumplimiento en la consulta de valoración integral en la adolescencia en el año	56	185	30.2%	55%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS87	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con PSA	102	326	31.2%	60%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS88	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunocromatografía según lo definido en el esquema)	168	591	28.4%	55%	No aceptable
Vacunación	RPYMS92	Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)	3	5	60%	90%	Muy deficiente
Salud sexual y reproductiva	RPYMS94	Porcentaje de mujeres con uso de un método anticonceptivo	161	732	21.9%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS95	Porcentaje de mujeres con comorbilidad con uso de un método anticonceptivo	6	36	16.6%	70%	No aceptable
DT cervix	RPYMS96	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización en el año	53	271	19.5%	35%	No aceptable
DT cervix	RPYMS97	Cumplimiento en la toma de colposcopia	2	5	40%	80%	No aceptable
DT mama	RPYMS100	Cumplimiento en el tamizaje para cáncer de mama en el año	18	97	18.3%	50%	No aceptable
Salud auditiva	RPYMS231	Proporción de personas en Adolescencia con tamizaje auditivo con instrumento VAAE	42	96	43.7%	55%	Muy deficiente
Demanda inducida	RPYMS2A	Cobertura de personas con valoración integral de acuerdo al esquema definido	1,323	2,972	44.5%	60%	Muy deficiente

El cumplimiento global de este indicador de Sanitas para el regimen subsidiado se encuentra en un 71.54% de cumplimiento en toda la red hospitalaria. Se implementaron estrategias para mejorar estos resultados.

REGIMEN CONTRIBUTIVO

HOSPITALES	SANITAS CONTRIBUTIVO					
	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
HOSPITALES SAN ANTONIO DE TAME	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	63.7%	51.7%	61.8%	59.7%	64.7%	64%
	Muy deficiente	No aceptable	Muy deficiente	No aceptable	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	77%	59.4%	66.9%	68.3%	73.3%	76.1%
	Muy deficiente	No aceptable	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	74.3%	59.2%	65.5%	64.5%	65.8%	69.8%
	Muy deficiente	No aceptable	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	73.8%	64.5%	73.4%	70.8%	73%	79.3%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS	Indicador IPS
	78.2%	68.1%	71.7%	69.6%	68.9%	76.2%
	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente	Muy deficiente

Durante la vigencia con corte a mayo se observa que hubo una mejora de los indicadores con respecto al mes de abril en todos los municipios excepto el municipio de Tame. Los indicadores que se deben mejorar en cada uno de los municipios son:

ARAUQUITA

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Activado
Alt nutricionales	RPYMS11	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitamina A	6	25	24%	60%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS39	Proporción de personas con asesoría en anticoncepción - control mujeres	57	218	26.1%	45%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS41	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para el menor de un año	1	3	33.3%	65%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS43	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para el menor de un año	1	5	20%	65%	No aceptable
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	5	39	12.8%	55%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	6	37	16.2%	45%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS48	Cobertura de personas adolescentes, con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido	2	26	7.6%	45%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS57	Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos	1	35	2.8%	60%	No aceptable
DT cervix	RPYMS61	Seroconversión Prostática (PSA) y tacto rectal combinado	3	115	2.6%	65%	No aceptable
DT cervix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	86	185	46.4%	80%	No aceptable
DT mama	RPYMS65	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años	6	17	35.2%	70%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS69	Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años	1	54	1.8%	10%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS77	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconceptual	1	218	0.4%	26%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS79	Cumplimiento en la consulta de valoración integral en la adolescencia en el año	3	26	11.4%	55%	No aceptable
Alt nutricionales	RPYMS86	Proporción de mujeres de 10 a 13 años a quienes se realizó tamizaje de hemoglobina y hematocrito	4	26	15.3%	40%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS87	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con PSA	1	35	2.8%	60%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS88	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunocímica según lo definido en el esquema)	6	54	11.1%	55%	No aceptable
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	3	24	12.5%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS94	Porcentaje de mujeres con uso de un metodo anticonceptivo	49	227	21.5%	40%	No aceptable
DT mama	RPYMS100	Cumplimiento en el tamizaje para cáncer de mama en el año	2	7	28.2%	50%	No aceptable
Cardiometabolico	RPYMS221	Proporción de personas con clasificación de riesgo cardiovascular ó metabólico	64	476	13.4%	60%	No aceptable

FORTUL

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Activi
Alt nutricionales	RPYMS11	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitamina A	3	11	27.2%	60%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS39	Proporción de personas con asesoría en anticoncepción - control mujeres	28	108	25.9%	45%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS44	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 5 años	3	13	23%	65%	No aceptable
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	1	8	12.5%	55%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	3	12	25%	45%	No aceptable
DT cervix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (nuevas ADN/VPH) según esquema	4	68	5.8%	65%	No aceptable
DT cervix	RPYMS62	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (nuevas ADN/VPH) tamizadas en el año	3	28	10.5%	20%	No aceptable
DT cervix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	45	94	47.8%	80%	No aceptable
DT mama	RPYMS65	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años	5	14	35.7%	70%	No aceptable
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	2	19	10.5%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS94	Porcentaje de mujeres con uso de un metodo anticonceptivo	23	116	19.8%	40%	No aceptable
DT mama	RPYMS100	Cumplimiento en el tamizaje para cáncer de mama en el año	1	5	17.1%	50%	No aceptable
Cardiometabolico	RPYMS221	Proporción de personas con clasificación de riesgo cardiovascular ó metabólico	58	217	26.7%	60%	No aceptable

TAME

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Activi
Alt nutricionales	RPYMS10	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suplementación con sulfato ferroso	1	38	2.6%	60%	No aceptable
Alt nutricionales	RPYMS11	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitamina A	4	38	10.5%	60%	No aceptable
Lactancia Materna	RPYMS12	Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de 1 mes de edad	1	7	14.2%	50%	No aceptable
Salud Oral	RPYMS20	Cobertura de control de placa bacteriana en personas jóvenes	66	315	20.9%	45%	No aceptable
Salud Oral	RPYMS25	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la adolescencia	17	104	16.3%	30%	No aceptable
Salud Oral	RPYMS27	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido en la juventud	71	315	22.5%	45%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS44	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 5 años	14	36	38.8%	65%	No aceptable
Infancia	RPYMS45	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	15	53	28.3%	55%	No aceptable
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	14	47	29.7%	55%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	8	53	15%	45%	No aceptable
DT cervix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (nuevas ADN/VPH) según esquema	9	285	3.1%	65%	No aceptable
DT cervix	RPYMS62	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (nuevas ADN/VPH) tamizadas en el año	7	118	5.8%	20%	No aceptable
DT cervix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	172	372	46.2%	80%	No aceptable
DT mama	RPYMS65	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años	9	58	15.5%	70%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS69	Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años	1	156	0.6%	10%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS77	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcenacional	2	385	0.5%	26%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS87	Proporción de hombres entre 50 y 75 años tamizados con PSA	10	87	11.4%	60%	No aceptable
DT Colon y Recto	RPYMS88	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunocromática según lo definido en el esquema)	39	156	25%	55%	No aceptable
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	11	90	12.2%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS95	Porcentaje de mujeres con comorbilidad con uso de un metodo anticonceptivo	7	22	31.8%	70%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS103	% de personas con ITS a quien se entrega preservativos	2	7	28.5%	50%	No aceptable
Salud auditiva	RPYMS231	Proporción de personas en Adolescencia con tamizaje auditivo con instrumento VALE	4	13	30.7%	55%	No aceptable

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 188 de 279

PUERTO RONDON

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Activi
Alt nutricionales	RPYMS10	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suplementación con sulfato ferroso	3	20	15%	60%	No aceptable
Lactancia Materna	RPYMS12	Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de 1 mes de edad	1	5	20%	50%	No aceptable
Infancia	RPYMS45	Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo al esquema definido para la infancia	7	26	26.9%	55%	No aceptable
Infancia	RPYMS46	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	2	25	8%	55%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS47	Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido	5	23	21.7%	45%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS48	Cobertura de personas adolescentes, con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido	4	32	12.5%	45%	No aceptable
DT cervix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (nuevas ADN/VPH) según esquema	5	92	5.4%	65%	No aceptable
DT cervix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	67	120	47.5%	80%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS77	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcepcional	5	123	4%	26%	No aceptable
Adolescencia	RPYMS79	Cumplimiento en la consulta de valoración integral en la adolescencia en el año	1	22	4.3%	55%	No aceptable
DT cervix	RPYMS96	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización en el año	5	50	10%	35%	No aceptable
DT mama	RPYMS100	Cumplimiento en el tamizaje para cáncer de mama en el año	2	7	28.2%	50%	No aceptable

CRAVO NORTE

Programa	Código Indicador	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Estimación	Indicador Activi
Salud Oral	RPYMS20	Cobertura de control de placa bacteriana en personas jóvenes	17	81	20.9%	45%	No aceptable
Primera Infancia	RPYMS44	Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 5 años	1	5	20%	65%	No aceptable
DT Prostata	RPYMS57	Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinado)	1	26	3.8%	60%	No aceptable
DT cervix	RPYMS61	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (nuevas ADN/VPH) según esquema	8	75	10.6%	65%	No aceptable
DT cervix	RPYMS63	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	41	102	40.1%	80%	No aceptable
DT mama	RPYMS65	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años	2	10	20%	70%	No aceptable
Alt nutricionales	RPYMS86	Proporción de mujeres de 10 a 13 años a quienes se realizó tamizaje de hemoglobina y hematocrito	2	13	15.3%	40%	No aceptable
Vacunación	RPYMS93	Cobertura de vacunación en adultos	3	17	17.6%	40%	No aceptable
Salud sexual y reproductiva	RPYMS95	Porcentaje de mujeres con comorbilidad con uso de un método anticonceptivo	1	4	25%	70%	No aceptable
Cardiometabólico	RPYMS221	Proporción de personas con clasificación de riesgo cardiovascular ó metabólico	34	219	15.5%	60%	No aceptable

Se llevo a cabo plan de mejora para cumplir con las actividades de PyM en cada uno de los municipios, se participa de todas las capacitaciones y seguimientos realizados por la EPS para el proceso de mejoramiento y seguimiento de programas. Se implementaron planes de mejora para hacer efectiva la demanda inducida a la población de esta EPS. El porcentaje global de cumplimiento del indicador de sanitas en el régimen contributivo es del 73.1%.

COMPORTAMIENTO CAPTACION DE GESTANTES SEGUNDO TRIMESTRE 2024

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

El cumplimiento de esta captación por parte de la red hospitalaria durante el segundo trimestre de la vigencia 2024 fue:

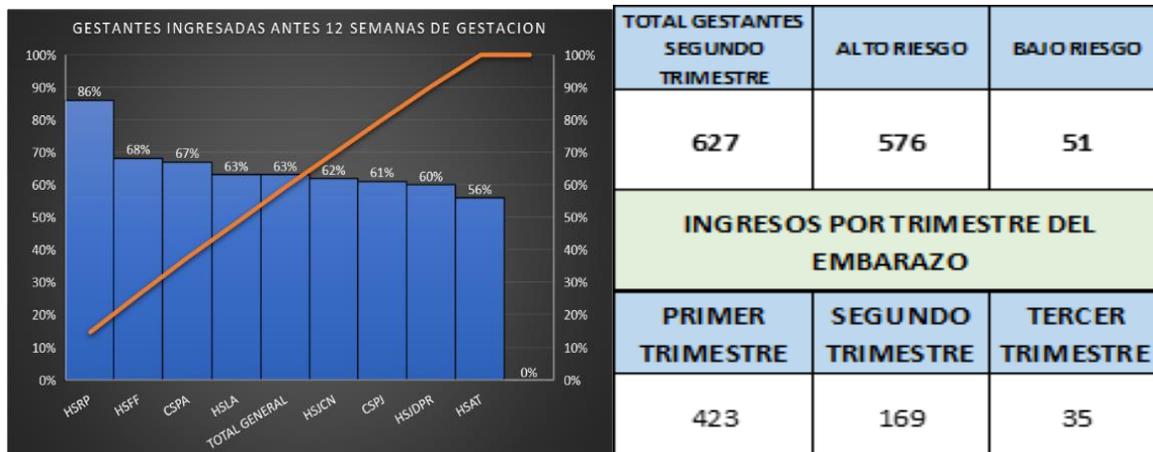
MES	CSPJ		CSPA		HSAT		HSFF		HSJCN		HSJDPR		HSLA		HSRP		TOTAL GENERAL	
	INGRESOS	12 SEM	INGRESOS	12 SEM														
ABRIL	27	16	10	9	86	47	93	70	10	3	19	11	54	36	15	14	314	206
MAYO	18	9	7	4	62	40	37	23	8	7	17	10	45	28	7	5	201	126
JUNIO	12	10	4	1	21	8	29	15	3	3	6	4	19	10	7	6	101	57
TOTAL	57	35	21	14	169	95	159	108	21	13	42	25	118	74	29	25	616	389

CSPJ: CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	HSJCN: HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE
CSPA: CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA	HSJDPR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON
HSAT: HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	HSLA: HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA
HSFF: HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	HSRP: HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI

Se puede observar que para la red hospitalaria de la ESE ingresaron durante el segundo trimestre antes de las 12 semanas, tal cual como lo enuncia la resolución 408 de 2018, un total de 627 gestantes a la ruta materno perinatal. El municipio que ingreso el mayor número de gestantes a la ruta materno perinatal fue el HSAT y HSLA.

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO POR TRIMESTRE 2024	CSPJ		CSPA		HSAT		HSFF		HSJCN		HSJDPR		HSLA		HSRP		TOTAL GENERAL	
	INGRESOS	12 SEM	INGRESOS	12 SEM														
SEGUNDO TRIMESTRE	61%		67%		56%		68%		62%		60%		63%		86%		63%	

El cumplimiento de este indicador a nivel global se encuentra para el segundo trimestre en 63% para la red hospitalaria de la ESE. El único hospital que cumplió con el indicador de ingreso de gestantes, fue el Hospital San Ricardo Pampuri con un 86%.



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 190 de 279

La IPS de la red hospitalaria que presento más bajo el indicador de captación de gestantes antes de las 12 semanas para el ingreso a la ruta maternoperinatal, de acuerdo a lo establecido por la resolución 408 de 2018, fue el Hospital San Antonio de Tame con un cumplimiento del 56%, donde se establecieron los respectivos planes de mejoramiento.

Del total de las gestantes captadas para el segundo trimestre evaluado se puede observar que un 92% de ellas se encuentran clasificadas como alto riesgo obstétrico, y un 8% están clasificadas como bajo riesgo obstétrico, manteniéndose los porcentajes de acuerdo al resultado del primer trimestre, así mismo se puede concluir que, de las 627 gestantes ingresadas, 423 gestantes lo hicieron en el Primer trimestre del embarazo, es decir hasta la semana 13 de gestación, que corresponde a un 67.5%, 169 gestantes ingresaron en el segundo semestre del embarazo, es decir entre la semana 14 a la 27 semanas de gestación, que corresponde a un 27% y 35 gestantes ingresaron en el tercer trimestre del embarazo, es decir entre la semana 28 a la 40 de gestación que corresponde a un 5.5% de las gestantes ingresadas a la ruta maternoperinatal en la red hospitalaria de la ESE.

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

La ESE realiza auditoria de historias clínicas para verificar la adherencia que se tiene con los protocolos, guías y normas establecidos por el Ministerio de Salud, estas auditorias son realizadas de forma mensual por el director(a), Coordinador(a) de Promoción y Prevención, coordinador médico(a) de cada hospital y Centro de Salud, una vez diligenciada la herramienta, es analizada en el Comité de Historias clínicas, implementado los planes de mejoramiento a que haya lugar; durante la vigencia 2024 se estableció que entre los coordinadores médicos de Tame y Arauquita se realice el ejercicio de evaluar historias clínicas entre los pares, para mitigar los sesgos que se puedan presentar.

En la red hospitalaria se tomó una muestra aleatoria de ciento veinte (120) historias clínicas durante el segundo trimestre de la vigencia 2024, evaluando mensualmente cinco historias clínicas por IPS con usuarios que presentaron diagnósticos positivos para Hipertensión Arterial y usuarios que asistieron a través de las rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud en los cursos de vida de primera infancia e infancia. La Fuente de información se realizó a través del Formato Evaluación de Historia Clínica de Promoción y Prevención PYM-FO-059 versión 02.

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

El comportamiento en la evaluación de los programas de Atención de pacientes con Enfermedad Hipertensiva, durante el primer trimestre del año 2024 en la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo fue el siguiente:

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	
IPS	SEGUNDO TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	90%
PANAMA DE ARAUCA	90%
SAN RICARDO PAMPURI	92%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	94%
SAN ANTONIO DE TAME	90%
JUAN DE JESUS CORONELL PUERTO JORDAN	86%
SAN JOSE CRAVO NORTE	90%
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	92%

Gráficamente podemos observar:



Las historias clínicas evaluadas fueron tomadas del software salud 360, que es el sistema de información que tiene implementado la ESE en toda la red hospitalaria.

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

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

El cumplimiento global para el segundo trimestre de la vigencia 2024 para la guía de Hipertensión Arterial fue del 91% en la red hospitalaria de la ESE.

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

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

GUIA CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
IPS	SEGUNDO TRIMESTRE
SAN LORENZO DE ARAUQUITA	90%
PANAMA DE ARAUCA	92%
SAN RICARDO PAMPURI	88%
SAN FRANCISCO DE FORTUL	94%
SAN ANTONIO DE TAME	86%
JUAN DE JESUS CORONELL PUERTO JORDAN	84%
SAN JOSE CRAVO NORTE	90%
SAN JUAN DE DIOS PUERTO RONDON	88%

Gráficamente se observa:



Se observa que ninguna IPS cumplió al 100% la aplicación de la guía. La IPS que tiene un menor cumplimiento fue el Centro de Salud de Jordán con un 84%; la IPS de mayor cumplimiento fue el Hospital San Francisco de Fortul con un 94%.

Dentro de las falencias encontradas para el cumplimiento y adherencia a la guía se observa la alta rotación del personal médico, el no diligenciamiento completo

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 192 de 279

de la historia clínica y de los instrumentos que hacen parte de la valoración al menor.

de Crecimiento y Desarrollo fue del 89% en la red hospitalaria de la ESE.

El cumplimiento global para el segundo trimestre de la vigencia 2024 para la guía

ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA CUMPLIMIENTO DE METAS

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

- Disminución trámites administrativos para solicitud de autorizaciones que se requieran: la ESE realice el proceso interno con cada ERA para dar resolutiveidad a estos casos.
- Capacitación continua de la importancia a participar de los programas de DT y PT de manera integral, signos de alarma y beneficios que conlleva el ingreso a cada una de las rutas integrales de atención en salud.
- Ventanillas preferenciales para la atención de gestantes, post partos, recién nacidos y adultos mayores en cada una de nuestras sedes.
- Demanda inducida efectiva en cada una de las rutas establecidas a través de los veintiún puestos de salud y auxiliares contratadas para realizar esta actividad.
- Seguimiento permanente a los inasistentes de los programas, donde se realiza asignaciones de nuevas citas para dar cumplimiento a la periodicidad de cada ruta.
- Existe disponibilidad de agenda para la atención de los usuarios en un tiempo no mayor a 48 horas en los programas de PyM.
- Se oferta diferentes modalidades en la prestación de los servicios de salud, como son:
 - ✚ Intramural
 - ✚ Extramural
 - ✚ Teleconsulta
 - ✚ Horarios extendidos entre semana (5:00 p.m. a 7:00 p.m)
 - ✚ sábados de 8:00 a 12:00 p.m.
- Mensualmente se cumple con la elaboración de los planes de mejoramiento, para cumplir con la adherencia de las guías prácticas clínicas, protocolos y procedimientos establecidos por norma en cada uno de los programas ofertados, los cuales se pueden evidenciar en el formato de auditoría de historias clínicas PYM- FO-059.

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

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

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

Se solicitó reunión con la EPS Sanitas para llevar a cabo evaluación exhaustiva del software sigires, ya que hemos observado que pese al desarrollo de las atenciones integrales de los usuarios no se observa reflejado la evaluación del 100% de las actividades durante cada uno de los meses de la vigencia 2024.

SUFICIENCIA PERSONAL CONTRATADO PARA ACTIVIDADES DE PYM

TALENTO HUMANO PYM CONTRATADO PARA LA VIGENCIA 2024									
IPS DE LA RED HOSPITALARIA	MEDICOS	JEFES	AUX. ENFERMERIA	SISPRO	ODONTOLOG	AUX. ODONTOLOG	HIGIENISTA	CITOHISTOLOG	BACTERIOLOG
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	7	7	9	2	3	2	3	2	6
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL	2	2	1	1	1	0	1	0	1
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	4	4	7	2	2	1	3	0	3
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	6	6	11	2	3	2	3	1	4
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	3	3	4	1	2	0	1	0	1
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	2	1	2	1	1/2	0	1	0	1
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	4	1-1/2	3	1	1	1	1	0	1
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	3	1	3	1	1	1	1	0	1

El total de personal contratado profesionales y tecnólogos para dar cumplimiento a las metas establecidas por las EPS en toda la red es de 161 personas, las cuales están distribuidas por cada una de las sedes. De acuerdo al análisis realizado para dar cumplimiento con las actividades y metas establecidas del año 2024, la entidad cuenta con la suficiencia de personal para dar cumplimiento a las actividades de PyM, sumando a esto se cuenta con los profesionales contratados en los Equipos Básicos de Salud quien también apoyaran en el cumplimiento de estas actividades en cada uno de los municipios donde se encuentra habilitada la red hospitalaria de la ESE. Se llevo a cabo un incremento del personal auxiliar de enfermería para dar cumplimiento a las actividades del Fomag.

8.3 INFORME GESTION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION- PAI.

METAS

- Alcanzar el 95% y más de coberturas en las poblaciones objeto del programa con cada uno de los biológicos que hacen parte del esquema nacional.
- Mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubeola y el síndrome de rubeola congénita, así como, el tétanos neonatal, y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria,

- tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, Haemophilus influenzae tipo b, diarreas por rotavirus, tos ferina, parotiditis, influenza, VPH, varicela y COVID-19.
- Cumplir con el ingreso del 100% de la información nominal en el Sistema de Información Nominal PAIWEB en las IPS públicas y privadas que presten o hayan prestado el servicio de vacunación, con criterios de oportunidad y calidad.
- Garantizar el cumplimiento de la cadena de frío, mediante el seguimiento permanente y oportuno de los procedimientos que hacen parte de este componente.

ESTRATEGIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

META PROGRAMATICA DEL DANE DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL 2024

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

La cobertura mensual a alcanzar en el segundo trimestre de 47.4% al mes de Junio para un total anual de 94.8% durante el año 2024.

Municipio	POB. < 1 AÑO meta	META MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 1 año	META MENSUAL	META CUMPLIDA	POB. 5 años	META MENSUAL	META CUMPLIDA
ARAUQUITA	924	462	310	929	464	460	965	483	492
CRAVO NORTE	72	36	19	75	37,5	17	83	42	33
FORTUL	389	195	93	395	198	141	439	220	204
PUERTO RONDON	85	45,2	21	89	45	38	90	45	49
TAME	904	452	254	1046	523	406	1014	507	438

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

Los niños menores de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud ya que para este segundo trimestre se debería llevar 1190 niños, pero actualmente se ha vacunado 697 niños quedando con un 58.5% faltando un 41.5 % por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 493 usuarios pendientes.

Los niños de un año presentan bajo coberturas dando no cumplimiento a las coberturas establecidas por el ministerio de salud en el segundo trimestre se debería tener 1268 niños vacunados, pero en la red hospitalaria a la fecha se llevan 1062 niños quedando con 82% faltando un 18% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 235 usuarios pendientes.

Los niños de 5 años que cuentan con refuerzos la mayor parte son de gran dificultad para completar el esquema ya que los menores se trasladan a otros municipios y es allí donde se pierde la continuidad del esquema dentro de las coberturas dando no cumplimiento a las establecidas por el ministerio de salud 1297 niños quedando con un 1216 dando un 94% faltando un 0.6% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 81 usuarios pendientes.

POBLACION FALTANTE PARA CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2024

MUNICIPIO	POB. < 1 AÑO	POB. 1 año	POB. 5 años	TOTAL
ARAUQUITA	152	4	0	156
CRAVO NORTE	17	20,5	1	38,5
FORTUL	93	141	204	438
PUERTO RONDON	24,2	7	3	34,2
TAME	198	117	4	319
TOTAL	484,2	289,5	212	985,7

Resultados: Esta tabla hace referencia a los usuarios que refieren nos falta para dar cumplimiento por lo establecido por la meta programática 94.8 % dando un cumplimiento de un 79.2 % faltando un 15.6% por cumplir la meta que ese porcentaje en usuarios seria de 780 usuarios pendientes.

INDICADORES DE NUEVA EPS DEL AÑO 2024

HOSPITALES	INDICADORES DE VACUNACION DE NUEVA EPS SUBSIDIADO 2024					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	71,7	73,7	73,7	71,7	71,7	71,7
HOSPITAL SAN FRANCISCO	96,5	93	96,5	96,8	96,8	92,4
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	95,1	93	95,1	89,6	77,9	90,3
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	95,1	94,6	94,6	95	95,1	95
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	88,9	93,7	90,3	88,9	88,9	88

--	--	--	--	--	--	--

Resultado de los indicadores de Nueva EPS

En el Segundo trimestre se pudo observar una metodología de trabajo con estos indicadores ya que desde iniciando el año se observa que se encuentra el 90 % de los hospitales se encuentran en optimo, solo un hospital se encuentra en muy deficiente del resto se encuentra bien, además de ello en el régimen contributivo solo dos hospitales se encuentran en deficiente del resto se encuentran en optimo.

Nueva Eps hay más de 134 indicadores por parte del programa plan ampliado de inmunización a lo que nos da un importante papel para dar cumplimiento a ello, se realizan demandas inducidas depuración de bases de datos, barridos casa a casa.

En el puntaje se observa que el municipio con mayor porcentaje en subsidiado dándole un primer lugar al municipio de Cravo norte, continuamente sigue Rondón, Fortul y Arauquita y de ultimas va el municipio de Tame, en donde se solicita a los municipios que se encuentran con el indicador de muy deficiente para aumentar los indicadores

INDICADORES DE SANITAS DEL AÑO 2024

HOSPITALES	INDICADORES DE VACUNACION DE SANITAS SUBSIDIADO 2024					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	53,1	53,7	53,7	48,5		
HOSPITAL SAN FRANCISCO	61,1	62,2	60	61,7		
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	56,5	58,2	59,4	53,7		
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	63	64	58,2	62,2		
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	69,1	69,7	68,5	70,8		

Resultado de los indicadores de sanitas 2024

En el segundo trimestre se pudo observar una metodología de trabajo con estos indicadores ya que iniciando los primeros meses se observa que han sido bajas desde muy deficiente, pero en el transcurso del año se va elevando hasta llegar a optimo, en sanitas hay más de 134 indicadores por parte del programa plan ampliado de inmunización a lo que nos da un importante papel para dar cumplimiento a ello, se realizan demandas inducidas depuración de bases de datos, barridos casa a casa.

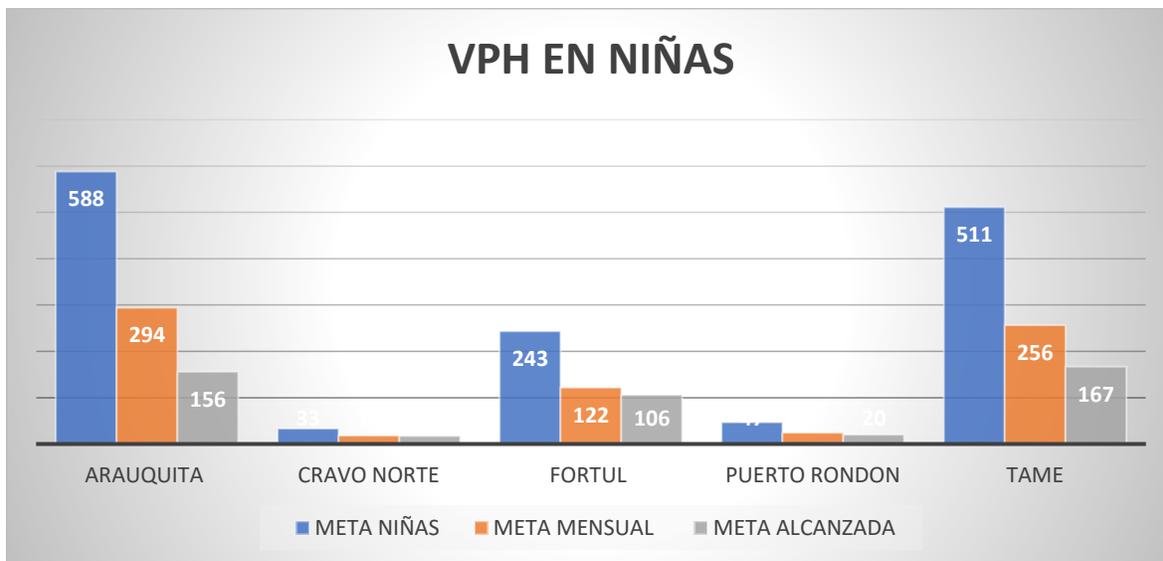
En el puntaje se observa que el municipio con mayor porcentaje en subsidiado dándole un primer lugar al municipio de Fortul y Arauquita continuamente sigue Puerto Rondón, Cravo Norte, y de ultimas va el municipio de Tame, en donde se solicita a los municipios que se encuentran con el indicador de deficiente para aumentar los indicadores.

INDICADORES DE VPH EN NIÑAS

MUNICIPIOS	META NIÑAS	META MENSUAL	META ALCANZADA
ARAUQUITA	588	294	156
CRAVO NORTE	33	18	17
FORTUL	243	122	106
PUERTO RONDON	47	24	20
TAME	511	256	167

Durante el año 2024 los municipios que corresponde a la ese moreno y Clavijo en los indicadores de VPH de niñas menores de 9 años 65.2 % de cumplimiento a lo que se presenta una modificación en las dosis a aplicar a las niñas generando ya no dos dosis si no una dosis única y aumentando las coberturas en niños de 9 años, faltando un 34.8 % por vacunar para el segundo trimestre de las menos de 9 años.

Se sigue generando estrategias para elevar la cobertura de cumplimiento de VPH y aumentando la educación en los colegios y centros de salud para disminuir mitos acerca de la vacunación contra el VPH.

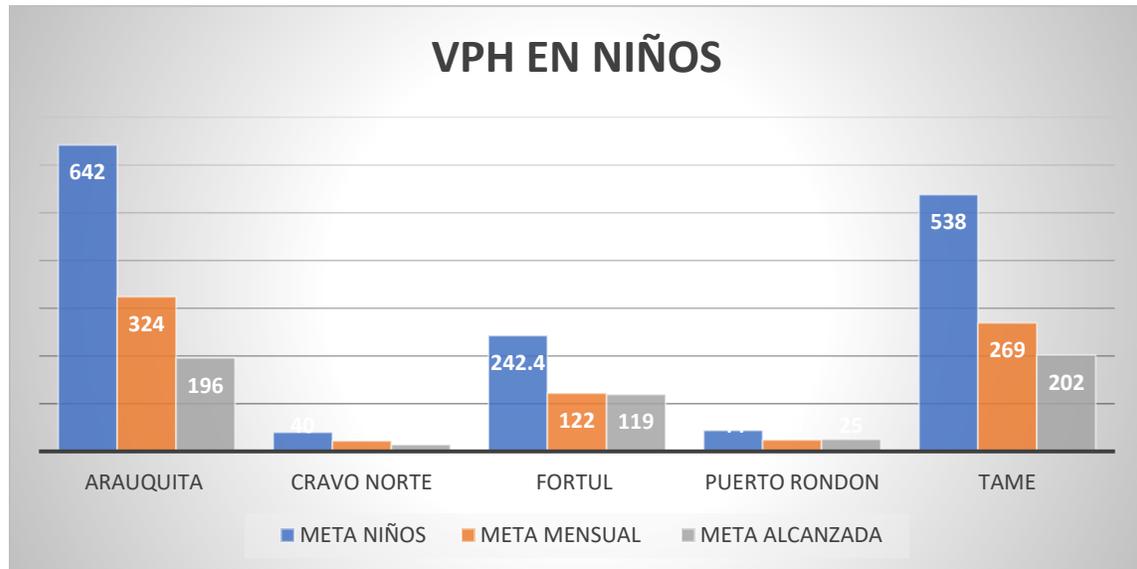


INDICADORES DE VPH EN NIÑOS

MUNICIPIOS	META NIÑOS	META MENSUAL	META ALCANZADA
ARAUQUITA	642	324	196
CRAVO NORTE	40	22	14
FORTUL	242,4	122	119
PUERTO RONDON	44	24	25
TAME	538	269	202

Durante el año 2024 los municipios que corresponde a la ese moreno y Clavijo en los indicadores de VPH de niños menores de 9 años es de 73 % de cumplimiento se genera una mayor aceptación en los niños, quedando una faltante de aplicación del biológico en los menores del 27%.

Se sigue generando estrategias para elevar la cobertura de cumplimiento de VPH y aumentando la educación en los colegios y centros de salud para disminuir mitos acerca de la vacunación contra el VPH.



MUNICIPIO DE TAME

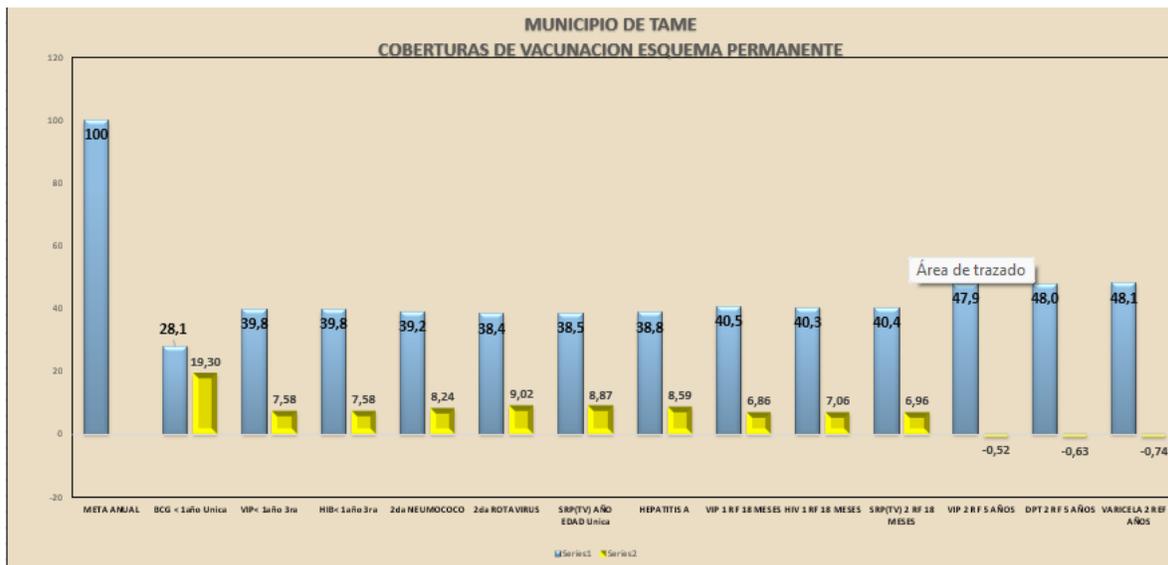
El municipio de Tame conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2024:

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

tame	junio	2024	47,4
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	COBERTURA MENSUAL
META ANUAL	100		ENERO 7,9
BCG < 1año Unica	28,1	19,30	FEBRERO 15,8
VIP < 1año 3ra	39,8	7,58	MARZO 23,7
HIB < 1año 3ra	39,8	7,58	ABRIL 31,6
2da NEUMOCOCO	39,2	8,24	MAYO 39,5
2da ROTAVIRUS	38,4	9,02	JUNIO 47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	38,5	8,87	JULIO 55,3
HEPATITIS A	38,8	8,59	AGOSTO 63,2
VIP 1 RF 18 MESES	40,5	6,86	SEPTIEMBRE 71,1
HIV 1 RF 18 MESES	40,3	7,06	OCTUBRE 79
SRP(TV) 2 RF 18 MESES	40,4	6,96	NOVIEMBRE 86,9

VIP 2 RF 5 AÑOS	47,9	-0,52	DICIEMBRE	94,8
DPT 2 RF 5 AÑOS	48,0	-0,63		
VARICELA 2 REF % AÑOS	48,1	-0,74		

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de Junio de 2024, el municipio no ha alcanzando la meta en cuanto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos,terceras de pentavalente, con los segundos refuerzos de 5 años DPT y triple viral, por lo tanto, es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunación.

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de junio del 40.6%, para este segundo trimestre es del trimestre la meta programática es del 47.4% motivo por el cual no cumplió el segundo trimestre faltando el 6.8% de la población, se realiza una observación con las dosis de recién nacidos y es que la población femenina en el municipio de Tame se ha venido realizando durante todos los meses cirugías de pomey disminuyendo la natalidad de la población.

NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	28.1	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	39.8	NO

NIÑOS Y NIÑAS DE UN AÑO:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	38.5	NO

NIÑOS Y NIÑAS DE LOS 18 MESES:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	40.5	NO
TRIPLE VIRAL	40.5	NO

NIÑOS Y NIÑAS DE 5 AÑOS:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	48	SI
TRIPLE VIRAL	47.9	SI

MUNICIPIO DE ARAUQUITA

El municipio de Arauquita conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2024:

MUNICIPIOS	VACUNADOR RURAL	VACUNADOR URBANO	RED DE FRIO	COORDINADOR PAI
ARAUQUITA	5	2	1	1
PANAMA	0	1		
PAMPURI	0	1		
PUERTO JORDAN	0	2		

ARAUQUITA	Junio	2024	47,4	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
META ANUAL	100		ENERO	7,9
BCG < 1año Única	33,5	13,85	FEBRERO	15,8
VIP < 1año 3ra	43,9	3,46	MARZO	23,7
HIB < 1año 3ra	43,9	3,46	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	46,9	0,54	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	44,3	3,14	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Única	49,5	-2,06	JULIO	55,3
HEPATITIS A	49,6	-2,17	AGOSTO	63,2
VIP 1 RF 18 MESES	41,4	6,02	SEPTIEMBRE	71,1

HIV 1 RF 18 MESES	40,4	6,99	OCTUBRE	79,0
SRP(TV) 2 RF 18 MESES	40,4	6,99	NOVIEMBRE	86,9
VIP 2 RF 5 AÑOS	51,0	-3,58	DICIEMBRE	94,8
DPT 2 RF 5 AÑOS	49,6	-2,24		
VARICELA 2 REF % AÑOS	44,0	3,36		

Para la vacunación en el municipio de ARAUQUITA en la vigencia del 2024, la población objeto es la siguiente de acuerdo a la distribución por edad: En menores de un año es de 1001 niños y niñas con los biológicos BCG y Hepatitis B, 1ra, 2da, y 3ra dosis, Pentavalente y polio, 1era, 2da dosis Rotavirus y Neumococo. De un año 1014 niños y niñas con los biológicos, Triple viral, Fiebre amarilla, Neumococo, Varicela y Hepatitis A. De cinco años 976 niños y niñas en los biológicos Polio, DPT, y varicela. Que corresponde al segundo refuerzo, por lo anterior la meta a cumplir anualmente es del 95% y mensualmente del 7,9%.

Haciendo seguimiento al compromiso del ente territorial me permito remitir informe de las coberturas de vacunación acumulada alcanzadas por su IPS de acuerdo a la población programática asignada para el 2024, con corte al 30 de JUNIO de 2024, cabe resaltar que para ese mes la cobertura a alcanzar es del 95 %.

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de JUNIO son del 45,2%, para este cuarto trimestre la meta programática es del 47.4% motivo por el cual no cumplió el cuarto trimestre faltando 2.2%

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	33.5	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	43.9	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	49.5	SI

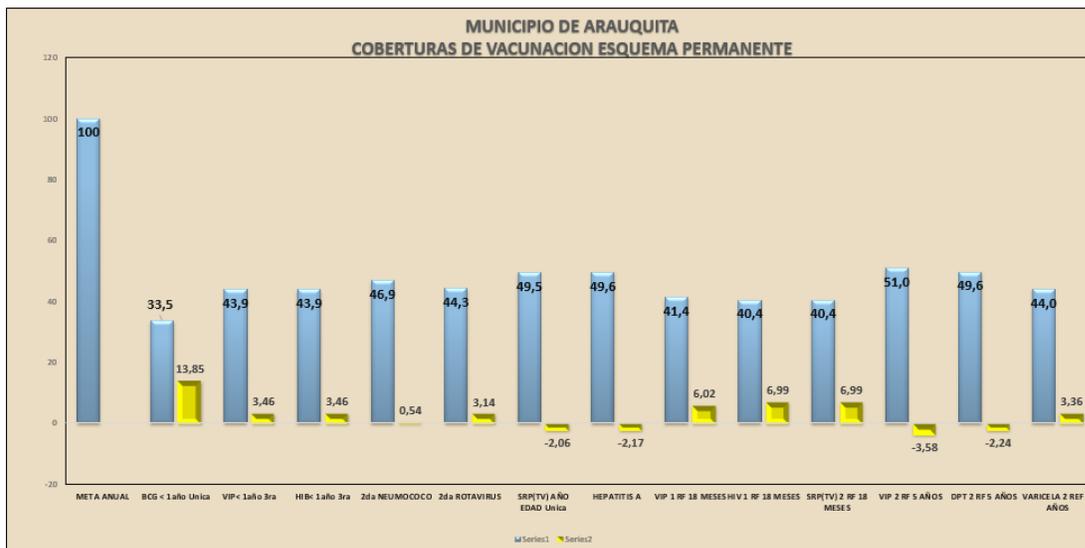
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	41.4	NO
TRIPLE VIRAL	40.4	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	49.6	SI
TRIPLE VIRAL	51	SI

GRAFICO DE LAS COBERTURAS GENERADAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de JUNIO del 2024, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, terceras de pentavalente. En los refuerzos de 18 meses polio VIP y en los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la chorte de menores para indentificar aquellos que auun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunacion.

MUNICIPIO DE CRAVO NORTE

El municipio de Cravo norte conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2024:

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

CRAVO NORTE	ABRIL	2024	47,4
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %
META ANUAL	100		ENERO 7,9
BCG < 1año Unica	26,4	21,0	FEBRERO 15,8
VIP< 1año 3ra	36,1	11,3	MARZO 23,7

HIB< 1año 3ra	36,1	11,3	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	38,9	8,5	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	38,9	8,5	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	22,7	24,7	JULIO	55,3
HEPATITIS A	22,7	24,7	AGOSTO	63,2
VIP 1 RF 18 MESES	48,0	-0,6	SEPTIEMBRE	71,1
HIV 1 RF 18 MESES	48,0	-0,6	OCTUBRE	79,0
VIP 2 RF 5 AÑOS	39,8	7,6	NOVIEMBRE	86,9
DPT 2 RF 5 AÑOS	39,8	7,6	DICIEMBRE	95
VARICELA 2 REF % AÑOS	39,8	7,6		

Las coberturas de vacunación correspondiente al municipio en el mes de JUNIO son del 33.6%, para este tercer trimestre la meta programática es del 47.4 % motivo por el cual no cumplió el segundo trimestre y queda faltando un 13.8 %.

NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	26.4	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	36.1	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	22.7	NO

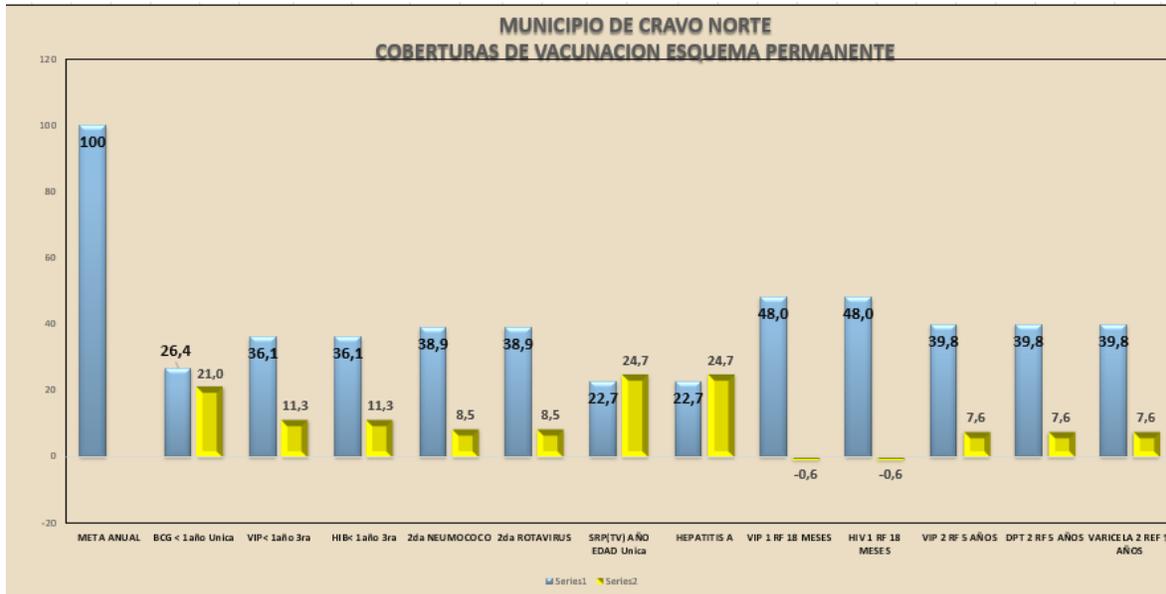
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	48	SI
TRIPLE VIRAL	48	SI

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	39.8	NO
TRIPLE VIRAL	39.8	NO

GRAFICA DE COBERTURAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de JUNIO del 2024, el municipio no ha alcanzado la meta en canto a los trazadores menores de un año con BCG recién nacidos, con los refuerzos de 18 meses triple viral y en los segundos refuerzos de 5 años triple viral y DPT. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para indentificar aquellos que aun no han sido vacunados y poder contemplar su esquema de vacunacion.

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta asignada siendo esta a nivel general. Para este segundo trimestre la meta es de 33.6 % a lo cual Cravo norte le falta 13.8 %

MUNICIPIO DE FORTUL

El municipio de Fortul conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2024:

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

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta asignada siendo esta a nivel general del 94.8%, con corte al 30 de JUNIO del 2024.

	FORTUL	ENERO	2024	47,4	
	META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
	META ANUAL	47,4		ENERO	7,9
RN	BCG < 1año Unica	26,1	21,35	FEBRERO	15,8
MENOR DE 1 AÑOS	VIP < 1año 3ra	40,9	6,50	MARZO	23,7
	HIB < 1año 3ra	41,5	5,94	ABRIL	31,6
	2da NEUMOCOCO	40,1	7,34	MAYO	39,5
	2da ROTAVIRUS	40,1	7,34	JUNIO	47,4
	DOSIS 1 AÑO	SRP(TV) AÑO EDAD Unica	37,2	10,23	JULIO
HEPATITIS A		37,7	9,69	AGOSTO	63,2
DOSIS 18 MESES	VIP 1 RF 18 MESES	46,8	0,60	SEPTIEMBRE	71,1
	HIV 1 RF 18 MESES	46,8	0,60	OCTUBRE	79,0
	SRP(TV) 2 RF 18 MESES	46,5	0,87	NOVIEMBRE	86,9
DOSIS 5 AÑOS	VIP 2 RF 5 AÑOS	43,9	3,53	DECEMBRE	94,8
	DPT 2 RF 5 AÑOS	44,3	3,10		
	VARICELA 2 REF 5 AÑOS	43,7	3,74		

El Programa Ampliado de Inmunizaciones en el municipio de Fortul, tiene como meta el alcance coberturas de vacunación para todos los biológicos, iguales o superiores al 95% anual y un porcentaje mensual de 7.9 % es así como la IPS Hospital San francisco de Fortul realiza seguimiento a las coberturas de vacunación mensuales. Para el mes de JUNIO de 2024, el municipio de Fortul debía alcanzar una cobertura del 47.4 % por cada biológico trazador, obteniendo las siguientes coberturas así en el mes de julio se encuentra en un 41,2% no dando cumplimiento.

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	26.1	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	40.9	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	37.2	NO

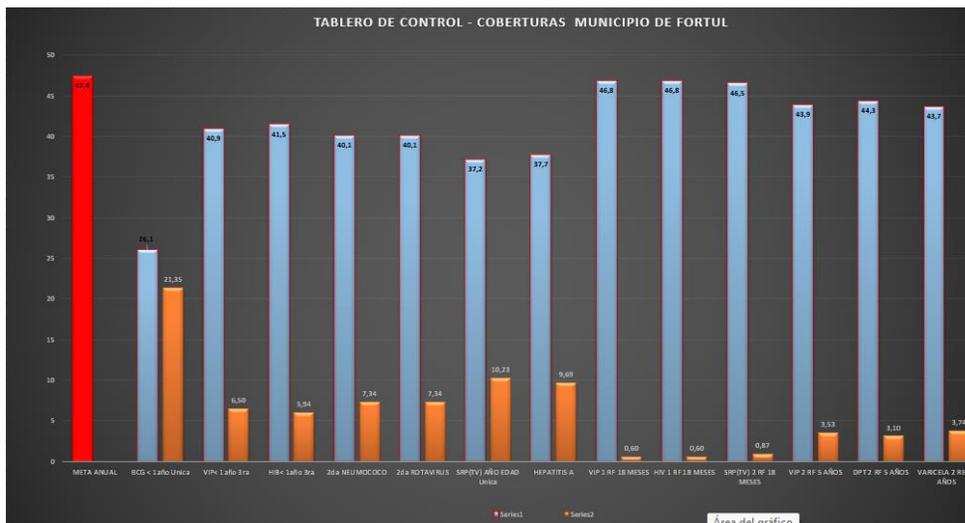
Niños y niñas de los 18 meses:

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

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	44.3	NO
TRIPLE VIRAL	43.9	NO

GRAFICA DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE FORTUL



Como se puede observar en los porcentajes de cumplimiento en el municipio se encuentra por debajo de la meta a corte del mes de JUNIO en los biológicos trazadores de niños y niñas con primeras de pentavalente y de año, este comportamiento esta dado que en el municipio de Fortul se ha venido dando que el número de recién nacidos mensuales y a corte de JUNIO es muy bajo para el indicador o meta mensual, dejando como consecuencia el no cumplimiento de coberturas para la población menor de un año y de año, se suma el desplazamiento de la población por el conflicto armado, la deficiencia en la bases de datos enviadas por la eps no cuenta con la ubicación real de la población, numero de recién nacidos disminuye para el municipio afectando las coberturas generales VPH cumpliendo con la meta, de igual manera el programa PAI se siguen realizando estrategias de búsqueda en la población objeto con el fin de dar cumplimiento en las coberturas departamentales.

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

MUNICIPIO DE RONDON

El municipio de Puerto Rondón conto con el siguiente personal para dar cumplimiento a las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el año 2024:

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

Al realizar seguimiento de las coberturas con el ente territorial y la EPS, me permito informar que las coberturas de vacunacion alcanzadas por el municipio de acuerdo a la poblacion y meta asiganda siendo esta a nivel general del 94.8%, con corte al 30 de JUNIO del 2024 fue del 84.9 % faltando para cumpli la meta de 9.9 %

PUERTO RONDON	JUNIO	2024	47,4	
META	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA FALTANTE	META MENSUAL %	
META ANUAL	100		ENERO	7,9
BCG < 1año Unica	24,7	22,7	FEBRERO	15,8
VIP < 1año 3ra	43,5	3,9	MARZO	23,7
HIB < 1año 3ra	43,5	3,9	ABRIL	31,6
2da NEUMOCOCO	42,4	5,0	MAYO	39,5
2da ROTAVIRUS	38,8	8,6	JUNIO	47,4
SRP(TV) AÑO EDAD Unica	42,7	4,7	JULIO	55,3
HEPATITIS A	42,7	4,7	AGOSTO	63,2
VIP 1 RF 18 MESES	41,6	5,8	SEPTIEMBRE	71,1
HIV 1 RF 18 MESES	41,6	5,8	OCTUBRE	79,0
SRP(TV) 2 RF 18 MESES	42,7	4,7	NOVIEMBRE	86,9
VIP 2 RF 5 AÑOS	54,4	-7,0	DICIEMBRE	94,8
DPT 2 RF 5 AÑOS	55,6	-8,2		
VARICELA 2 REF % AÑOS	53,3	-5,9		

Niños y niñas menores de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
BCG	24.7	NO
TERCERA DE PENTAVALENTE	43.5	NO

Niños y niñas de un año:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
TRIPLE VIRAL	42.7	NO

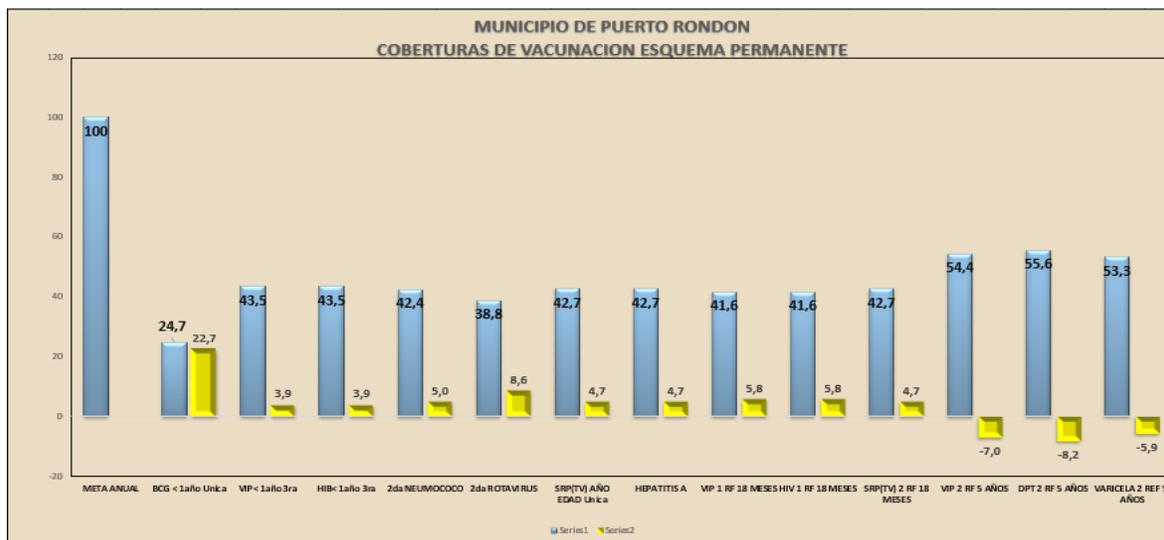
Niños y niñas de los 18 meses:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
POLIO VIP	41.6	NO
TRIPLE VIRAL	42.7	NO

Niños y niñas de 5 años:

INDICADOR	META CUMPLIDA	CUMPLIO O NO META
DPT	55.6	SI
TRIPLE VIRAL	54.4	SI

GRAFICO DE COBERTURAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO RONDON



La grafica adjunta muestra que, a corte del mes de JUNIO del 2024, el municipio no ha alcanzado la meta en cuanto a los trazadores menores de un año con BCG recién, tercera de pentavalentes. En trazadores con los refuerzos de 18 meses triple viral no cumplio, con los segundos refuerzos de 5 años DPT no alcanzaron los indicadores. Por lo tanto es necesario hacer un seguimiento a la cohorte de menores para identificar aquellos que aun no han sido vacunados y poder completar su esquema de vacunacion.

COBERTURAS DE COVID -19 A NIVEL DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2024

AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 6 MESES A 2 AÑOS

ACUMULADO DEPARTAMENTAL DE DOSIS APLICADAS -POBLACION DE 6 MESES A 2 AÑOS					
Municipios	Metas de 100% de la poblacion	Primeras dosis aplicada	Segundas dosis aplicada	Avances de 1ras %	Esquemas completas %
Arauca	4661	462	80	9,9	1,7
Araucuita	3546	287	87	8,1	2,5
Cravo Norte	239	37	11	15,5	4,6
Fortul	1374	71	42	5,2	3,1
Puerto Rondon	263	52	17	19,8	6,5
Saravena	3274	40	9	1,2	0,3
Tame	2984	978	444	32,8	14,9
Departamento	16.341	1.927	690	11,8	4,2

AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 3 A 11 AÑOS

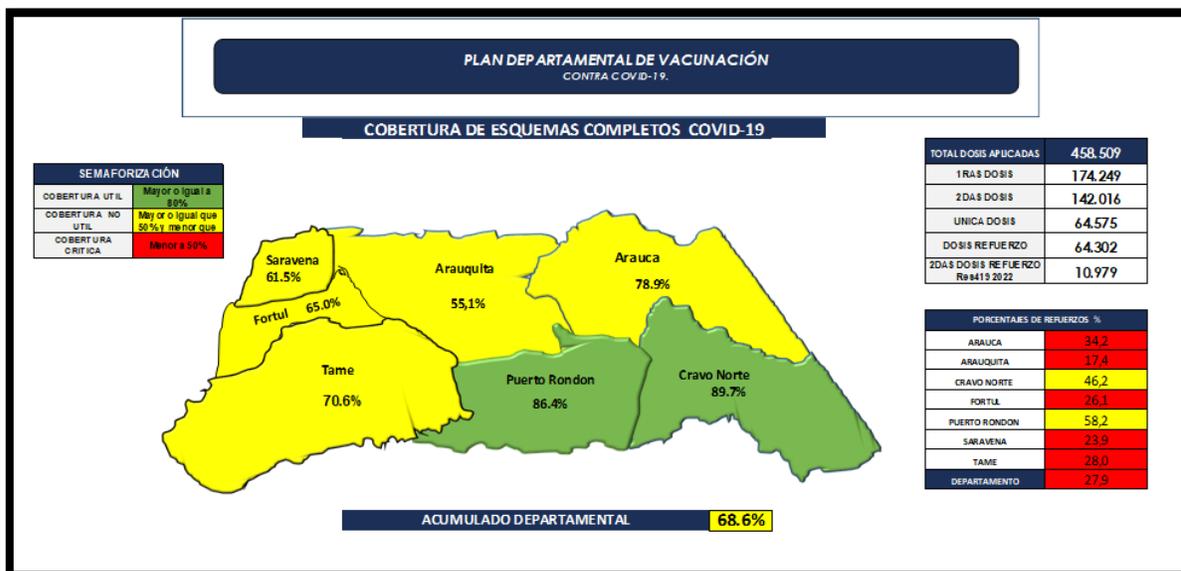
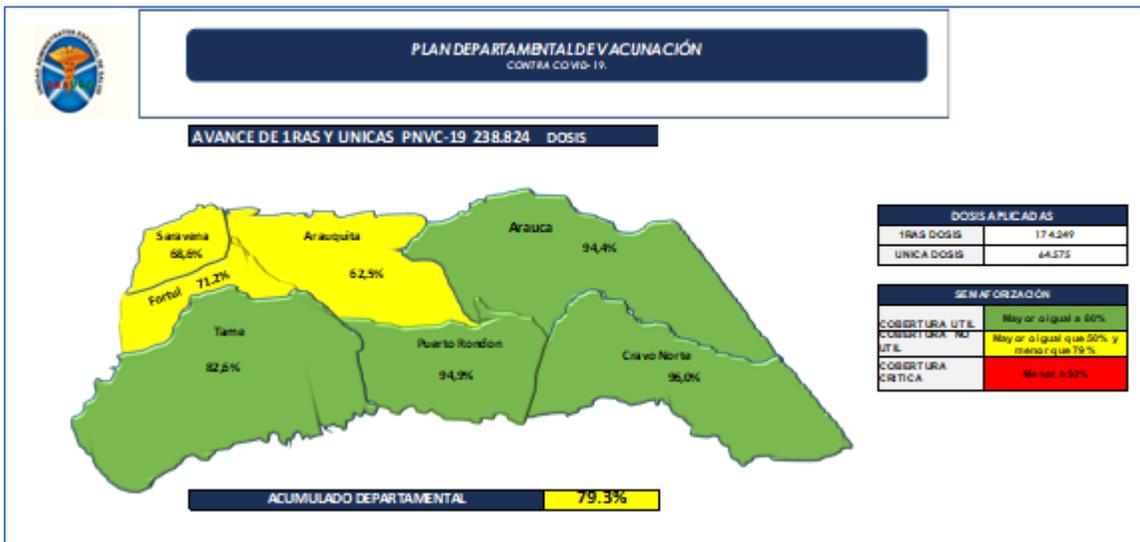
ACUMULADO DEPARTAMENTAL DE DOSIS APLICADAS - POBLACION DE 3 A 11 AÑOS					
Municipios	Metas de 100% de la poblacion	Primeras dosis aplicada	Segundas dosis aplicada	Avances de 1ras %	Esquemas completas %
Arauca	15.715	13.715	8.910	87,3	56,7
Araucuita	10.820	3.951	2.957	36,5	27,3
Cravo Norte	690	573	504	83,0	73,0
Fortul	3.973	2.094	1.611	52,7	40,5
Puerto Rondon	844	737	569	87,3	67,4
Saravena	11.175	4.125	3.313	36,9	29,6
Tame	9.324	5.402	3.887	57,9	41,7
Departamento	52.541	30.597	21.751	58,2	41,4

AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 12 A 15 AÑOS

Población de 12 a 15 años							
TIPOS DE DOSIS	Metas	Primera dosis	Segunda dosis	Dosis refuerzo	Segunda dosis refuerzo Res419 2022	AVANCES 1RAS %	ESQUEMAS COMPLETOS
Arauca	6.680	6.605	4.911	918	37	98,9	73,5
Araucuita	4.472	2.230	1.696	232	0	49,9	37,9
Cravo Norte	262	296	277	135	7	113,0	105,7
Fortul	1.628	1.506	1.410	248	3	92,5	86,6
Puerto Rondon	346	310	309	195	33	89,6	89,3
Saravena	4.720	2.590	2.051	390	22	54,9	43,5
Tame	3.843	2.603	2.026	333	12	67,7	52,7
Departamento	21.951	16.140	12.680	2.451	114	73,5	57,8

AVANCE DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE 16 A 19 AÑOS

Poblacion de 16 a 19 Años										
MUNICIPIOS	Metas	Primera dosis	Segunda dosis	Única dosis	Dosis refuerzo	Segunda dosis refuerzo Res419 2022	AVANCES 1RAS/UNICAS	ESQUEMAS COMPLETOS	% AVANCES 1RAS /UNICAS	% ESQUEMAS COMPLETOS
TIPOS DE DOSIS										
Arauca	6.967	5.169	3.818	1.214	1.369	57	6.365	5.032	91,4	72,2
Araucuita	4.343	1.418	1.084	899	393	16	2.313	1.983	53,3	45,7
Cravo Norte	287	160	161	95	102	15	255	256	88,9	89,2
Fortul	1.541	408	443	278	338	17	686	721	44,5	46,8
Puerto Rondon	345	162	171	111	168	18	273	282	79,1	81,7
Saravena	4.740	1.914	1.499	1.594	814	91	3.500	3.093	73,8	65,3
Tame	3.736	1.896	1.480	657	619	51	2.545	2.137	68,1	57,2
Departamento	21.959	11.127	8.656	4.848	3.803	265	15.937	13.504	72,6	61,5



Análisis

Durante el segundo trimestre del año 2024 se generaron estrategias para la elevación de las coberturas de COVID-19 como barridos casa a casa, asistencia a colegios, planes de choque, en las empresas se generaron estrategias, pero el resultado no fue tan satisfactorio como se esperaba, hay mucha no receptividad ante el biológico independientemente del biológico que fuera, se generaron muchos disentimientos y no aceptación de manera verbal a la aplicación del biológico.

8.4 INFORME GESTION DE APOYO DE URGENCIAS/ HOSPITALIZACION.

NUMERO USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Mediante los datos estadísticos durante el primer trimestre se atendieron usuarios, con respecto al año anterior el cual fue de se observa un aumento relativo del segundo trimestre del 2024 es del y En el año 2024 es de , la atención al usuario por el servicio de urgencias fue con oportunidad teniendo en cuenta la clasificación del triage como lo indica la resolución 5596 del 2015, cumpliendo con la clasificación el que no sea urgencia se entrega ficho para cita prioritaria y el que presenta síntomas respiratorios se realiza la consulta en sala de aislamiento y se garantiza todos los medios diagnósticos para obtener un diagnóstico.

En estas instituciones se está prestando unos servicios con calidad, seguridad y atención humanizada teniendo en cuenta las normas de protección por parte del personal durante la atención.

PACIENTES DE URGENCIAS

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	18	30	15	30	26	29
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	41	41	53	64	50	30
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	219	78	26	27	27
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	40	32	55	55	53	39
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	31	21	18	46	59	41
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	76	94	95	130	116	117
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	561	553	587	263	303	286
HOSPITAL SAN FRANCISCO	79	73	104	86	80	96
TOTAL	846	1063	1005	700	714	665

Análisis

En el año 2023 se presentaron en este trimestre la prestación del servicio de urgencias en red hospitalaria de la ese moreno y Clavijo fue de 4993 en comparación para este año del 2024 se evidencia que la atención de los usuarios fue mucho menor generando una disminución de las consultas. Durante el segundo trimestre se observó variación en cuanto a los motivos de consulta principalmente siendo esta las afectaciones principales los procesos respiratorios, accidentes de tránsito en el servicio de urgencias, seguido de infección de vías urinarias; y el resto de porcentaje hace referencia a otro diagnóstico de menor porcentaje; se entrega la formula médica y se indica los signos de alarma

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

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

INDICADOR

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

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	15	15	15	7	7	7
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	1	0	4	2	0	1
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	2	4	6	3	2	5
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	18	19	25	12	9	13

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia que los reingresos en los servicios de urgencias entre las 24 y 72 horas corresponde al número de usuarios que acuden nuevamente al servicio de urgencias, independientemente de que el episodio haya sido atendido en consulta de urgencias o en observación, y se haga dentro de las 24 y 72 horas siguientes a la primera atención por la misma patología o condición clínica que motivó dicha atención ya sea exactamente la misma, durante el segundo trimestre se pudo evidenciar que se atendieron los 96 usuarios con un porcentaje 1.9% cumpliendo con lo estipulado por el indicador de medida el cual es del 3 %.

REALIZAR MEDICION A LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DE CONSULTA GENERAL.

INDICADOR:

(SUMATORIA DEL NUMERO DE MINUTOS TRANSCURRIDOS ENTRE LA SOLICITUD DE ATENCION EN LA CONSULTA DE URGENCIAS Y EL MOMENTO EN EL CUAL ES ATENDIDO EL PACIENTE EN CONSULTA POR PARTE DEL MEDICO / TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA DE URGENCIAS)

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	103	74	99	68	108	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	360	259	244	5560	5620	6040
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	74	72	72	60	60	51
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	124	95	114	73	132	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1456	1456	1456	149	1461	1461
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	7245	7020	8520	8115	9450	7830
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	14.080	11.100	15.320	11120	17280	16160
HOSPITAL SAN FRANCISCO	7.058	5.678	7.532	7008,3	7079,5	7202,9
TOTAL	30.500	25.754	33.357	32.153	41.191	38.745

ANALISIS:

Al realizar el seguimiento de la atención de urgencias en el primer trimestre se observa que los pacientes que ingresan a nuestras instituciones teniendo en cuenta con el proceso de priorización del triage acorde al evento que presentan se prioriza en el triage de 2 en el segundo trimestre se observa que la atención 12 minuto no es superior a minutos siendo el indicador de la meta de 30 minutos estando en el rango adecuado establecido por el ministerio de protección social de Colombia, esto siendo que a la fecha se ha realizado la atención de 4993 pacientes en un tiempo de espera de 12 minutos en el servicio de urgencias en los 8 municipios.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

INDICADOR 1. Proporción de pacientes hospitalizados por dengue Grave: No se presentaron casos de pacientes hospitalizados por diagnóstico de dengue grave ni en el segundo trimestre del 2024.

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	1	0	1
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	3	2	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0	0	0	12	25	26
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	3	2	13	25	27

ANALISIS: Se evidencia que el indicador se mantiene estable en el segundo trimestre y durante del año 2024, se han presentado 70 para casos de dengue grave presentes en el servicio de hospitalización en toda la red hospitalaria

INDICADOR 2. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días: Se presentó un paciente con reingreso al servicio de hospitalización en menos de 15 días por lo cual el indicador mantuvo un comportamiento estable en la red hospitalaria.

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	1	0	0	0	0	2
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	0	0	0	0	2

ANALISIS: Se evidencio que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento que a pesar de que se presentó 3 eventos frente al indicador de Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, con relación al segundo el trimestre del año en curso.

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

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

ANALISIS: Se evidencia que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento favorable, frente al indicador de Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, ya que no se presentaron caídas de pacientes en el servicio de hospitalización durante el primer trimestre del 2024.

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

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

ANALISIS: Se evidencia que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento favorable, frente al indicador de la tasa de úlceras por presión en el primer trimestre del 2024, se brindaron medidas de cuidado integral las cuales evitaron tasas de incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

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

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

ANALISIS: Se evidencia que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento favorable, frente al indicador de la proporción de reingresos hospitalarios de IRA en menor de 5 años en el segundo trimestre del 2024.

INDICADOR 6. Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años: Durante el segundo trimestre del 2024.

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

ANALISIS: Se evidencia que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento favorable, frente al indicador de la letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda, en el servicio de hospitalización durante el segundo, trimestre del 2024.

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

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

ANALISIS: Se evidencia que en la red hospitalaria tuvo un comportamiento desfavorable, frente al indicador de proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización, ya que se presentaron en el mes de enero (1) febrero (1) marzo (3) eventos adversos de pacientes en el servicio de hospitalización durante el primer trimestre del 2024

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	1	0	1	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0	1	2	0	0	0
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	3	0	0	0

INGRESOS DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	29	19	21	29	44	42
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	42	35	30	42	47	56
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	6	5	2	14	14	28
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	30	39	69	48	48	47
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	75	46	101	114	166	199
HOSPITAL SAN FRANCISCO	34	35	52	38	46	45
TOTAL	216	179	275	285	365	417

ANALISIS

Por medio de los análisis estadísticos presentado por los hospitales los cuales se encuentran en la red prestadora de servicio de la ESE MORENO Y CLAVIJO se pudo evidenciar que durante el segundo trimestre se ha presentado una disminución en respecto al porcentaje del año pasado siendo este 1737, el diagnóstico de mayor rotación es por usuarias de procesos respiratorios, infecciones y partos; en el Hospital san Antonio de

Tame es donde se observa un mayor aumento en los ingresos al servicio de hospitalización dando un ingreso de 701 usuarios encontrándose en un 40 % en comparación con los otros hospitales de la red de prestadores de servicios de hospitalización de la ESE MORENO y CLAVIJO, teniendo en cuenta que el centro de salud de panamá, ni el centro de salud de puerto jordán cuentan con el servicio de hospitalización habilitado.

EGRESOS

EGRESOS DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON HOSPITALIZADOS

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	22,3	22,3	22,3	29	44	42
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	42	35	30	42	47	56
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	71	71	71	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	124	95	114	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	6	5	2	14	14	28
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	30	39	69	48	48	47
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	75	46	101	114	166	199
HOSPITAL SAN FRANCISCO	34	35	52	38	46	45
TOTAL	404	348	461	285	365	417

ANALISIS

Por medio de los análisis estadísticos presentado por los hospitales los cuales se encuentran en la red prestadora de servicio de la ESE MORENO Y CLAVIJO se puede apreciar que en el segundo trimestre hay un ascenso de egresos a comparación del año pasado teniendo un total de egresos de 2281 usuarios a los cuales se les brindo toda la atención de una manera holística, la mayor consulta se dio por fiebre, procesos respiratorios seguido de atención del parto y el resto de egresos hacen referencia a otros diagnósticos de menor incidencia; se entrega las respectivas ordenes médicas y se indica los signos de alarma; esta institución presta los servicios con calidad, seguridad, atención humanizada.

GIRO DE CAMA

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	7	6	6	7	8	9
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	1,5	2,4	2	2	3
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	2	3	5	8,6	8,6	8,6
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	2,3	1,4	3,1	3,56	5,18	6,21
HOSPITAL SAN FRANCISCO	0,76	0,76	0,76	2	3	3
TOTAL	13,06	12,66	17,26	11	13	15

ANALISIS

Se sigue llevando un monitoreo continuo de las estancias prolongadas injustificables habiendo un promedio de giro cama de 2.2 días por usuario para el periodo del segundo trimestre. Se recomienda acompañamiento constante por parte de la coordinación de medicina para que puedan unificar criterios y no se presenten tan seguidos la rotación de antibióticos ocasionando estancias hospitalarias prolongadas. A su vez farmacia en la disponibilidad oportuna de medicamentos.

Por medio de los análisis estadísticos durante el segundo trimestre se dio un giro cama de 2.2 días en promedio, el diagnóstico de mayor rotación es por usuarias de parto único espontáneo el cual se lleva a 24 horas de estancia como lo indica la resolución 3280 del 2018; la, parto y pediatría; brindando el servicio con calidad, seguridad, atención humanizada y comprometidos con el bienestar de nuestra gente.

OCUPACIONALIDAD

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	49	48	44	65	70	89
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1,4	0,7	2,6	3	2	4
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	2,6	3,1	2,9	16	16	15
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	0,09	0,09	0,09	11,87	16,73	20,72
HOSPITAL SAN FRANCISCO	3,8	3,8	3,7	8	8	16
TOTAL	58,49	57,29	54,89	103,87	96	124

ANALISIS

Por medio de los datos estadísticos durante el segundo trimestre se dio un aumento 21.6% ya que en el 2024 se da en este primer semestre del 82, 4% en el servicio de hospitalización de las instituciones, el diagnóstico de mayor porcentaje de ocupación es por infección de vías urinarias, seguido con dengue clásico y el resto hace referencia a otros diagnósticos de menos ocupación; en el servicio de hospitalización de nuestras instituciones; todos los días se realiza control de la disponibilidad de las camas, esta atención se realiza con calidad, seguridad y atención humanizada.

SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Las cifras para el segundo trimestre del 2024 siguen siendo números que impactan las actividades de nuestras instituciones, dentro de los traslados a ejecutar se vela porque sean bajo los criterios y estándares necesarios con el fin de evitar gastos innecesarios.

HOSPITAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	18	30	15	30	26	29
HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI	41	41	53	64	50	30
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	219	78	26	27	27
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	40	32	55	55	53	39
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	31	21	18	46	59	41
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	76	94	95	130	116	117
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	561	553	587	263	303	286
HOSPITAL SAN FRANCISCO	79	73	104	86	80	96
TOTAL	846	1063	1005	700	714	665

Análisis

Con el servicio de referencia y contra referencia le brindamos a nuestros usuarios la atención de traslados de APH que son traídos desde sus casas o recogidos hasta nuestros hospitales y centros Asistenciales y a los diferentes Hospitales de segundo nivel como lo son Hospital san Vicente de Arauca y Hospital del Sarare y entre la misma red hospitalaria al hospital san Antonio de Tame durante el primer trimestre hubo un promedio de 4.993 remisiones a diferentes hospitales.

Se puede evidenciar que durante el primer trimestre el hospital san Antonio de Tame presento una elevación significativa en cuanto al proceso de remisiones en el departamento de Arauca.

8.5 INFORME GESTION VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Para el Programa de Vigilancia Epidemiológica se realiza la verificación de la Oportunidad en la Notificación semanal de las UPGD, la Oportunidad en el cargue de la Notificación Semanal al Portal SIVIGILA 4.0 o por el Sivigila Escritorio, la oportunidad en el cargue los RIPS al SIANIESP y la Notificación de los eventos de Interés en Salud Pública de notificación Colectiva e Individual.

En el segundo trimestre del 2024, es necesario el despliegue a toda la red de UPGD, con capacidad instalada para realizar el reporte por la plataforma de Sivigila 4.0. Teniendo en cuenta que el objetivo del Instituto Nacional de Salud es consolidar al Sivigila 4.0 como el sistema de información central para la Vigilancia en Salud Pública del país, por lo que la única fuente válida para el seguimiento del cumplimiento de la notificación en cualquiera de los niveles del flujo de información es Sivigila 4.0.

➤ Oportunidad en la Notificación Semanal a la UNM SIVIGILA 2024.

Durante en las primeras 26 semanas epidemiológicas que conforman el primer y segundo trimestre del 2024, las diferentes UPGD de la Red de la ESE Moreno y Clavijo, realizan la Notificación semanal al SIVIGILA de manera oportuna durante el primer semestre o 26 semanas epidemiológicas como está dividido el año por el Instituto Nacional de Salud, mediante el envío de los archivos planos a la Unidad Notificadora Municipal los días lunes antes de las 12m, sin importar si es feriados. Con un 100% en la oportunidad en la

notificación al SIVIGILA de los eventos de Interés en Salud Pública en las ocho UPGD de la ESE. Con positividad en sus semanas reportadas.

Tabla. Porcentaje de oportunidad en la Notificación semanal al SIVIGILA.

TABLERO DE CONTROL DE INDICADORES SIVIGILA											
MUNICIPIO	TIPO DE UNIDAD	NOMBRE UPGD	CODIGO DEL PRESTADOR	SUB-CODIGO	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANAL			CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD DE LA NOTIFICACION			
					NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS EVALUADAS POR PERIODO	% CUMPLIMIENTO	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVAS	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVAS	% SEMANAS SILENCIOSAS	% DE CUMPLIMIENTO
ARAUQUITA	UPGD	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	8106500206	02	26	26	100%	26	0	0	100%
	UPGD	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	8106500206	40	26	26	100%	26	0	0	100%
	UPGD	CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	8106500206	17	26	26	100%	26	0	0	100%
FORTUL	UPGD	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	8130000206	06	26	26	100%	26	0	0	100%
PUERTO RONDÓN	UPGD	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	8159100206	05	26	26	100%	26	0	0	100%
CRAVO NORTE	UPGD	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO N	8122000206	04	26	26	100%	26	0	0	100%
TAME	UPGD	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	8179400206	03	26	26	100%	26	0	0	100%
	UPGD	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	8179400206	07	26	26	100%	26	0	0	100%

Fuente: SIVIGILA 2024

➤ **Oportunidad en el cargue de la Notificación Semanal al Portal SIVIGILA 4.0 2024**

En el segundo trimestre del 2024 como parte de las acciones contempladas en el Mapa de Riesgo, se socializa el Formato para el seguimiento de la Notificación semanal en cada Comité de Vigilancia Epidemiológica mensual y el cual es alimentado con la información de los correos del envío de las Notificaciones a la Unidad Notificadora Municipal semana a semana, donde se verifica el cumplimiento de la Notificación Semanal y el Acumulado de las notificaciones de las semanas positivas, notificaciones negativas y semanas silenciosas

Las diferentes UPGD de la Red de la ESE Moreno y Clavijo, realizan la Notificación al Portal SIVIGILA 4.0 de manera oportuna durante las 26 semanas epidemiológicas que consolidan el primer semestre o el acumulado de los dos trimestres de este periodo, mediante el envío de los archivos planos a la Unidad Notificadora Municipal- UNM, los hospitales realizaron el envío de la información con 100% de oportunidad.

Tabla. Porcentaje de oportunidad en la Notificación semanal al Portal SIVIGILA 4.0

SEGUIMIENTO A LAS NOTIFICACIONES SEMANALES											
MUNICIPIO	TIPO DE UNIDAD	NOMBRE UPGD	CODIGO DEL PRESTADOR	SUB-CODIGO	CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA NOTIFICACION SEMANA 26						
					NUMERO DE SEMANAS EN LAS QUE LA UPGD CUMPLIÓ CON LA NOTIFICACION SEMANAL	FECHA Y HORA (01-07-2024)	% CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD (ANTES DE LAS 12 M)				
ARAUQUITA	UPGD	HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	8106500206	02	26	1 jul 2024, 11:05 a.m.	100%				
	UPGD	HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	8106500206	40	26	1 jul 2024, 9:04 a.m	100%				
	UPGD	CENTRO DE SALUD PANAMA DE ARAUCA	8106500206	17	26	30 jun 2024, 6:35 p.m.	100%				
FORTUL	UPGD	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	8130000206	06	26	1 jul 2024, 11:44 a.m.	100%				
PUERTO RONDÓN	UPGD	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	8159100206	05	26	30 jun 2024, 8:46 a.m.	100%				
CRAVO NORTE	UPGD	HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO N	8122000206	04	26	1 jul 2024, 8:09 a.m	100%				
TAME	UPGD	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	8179400206	03	26	1 jul 2024,11:09 a.m	100%				
	UPGD	CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL	8179400206	07	26	1 jul 2024, 10:56 a.m.	100%				

Fuente: SIVIGILA 2024

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

Para el segundo trimestre 2024, el Sistema de Información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud pública realiza cargue de los RIPS al SIANIEPS de manera mensual y de forma oportuna, evidenciándose un 100% en el envío y en la Oportunidad de entrega de los seis hospitales y los dos Centros de Salud que conforman la Red de la ESE MYC.

Tabla: Oportunidad en el Reporte SIANIEPS

UPGD	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	% ENVIO	% OPORTUNIDAD
HSJD-PUERTO RONDON	SI	SI	100%	100%
HSAT- TAME	SI	SI	100%	100%
HSLA- ARAUQUITA	SI	SI	100%	100%
HSJCN- CRAVO NORTE	SI	SI	100%	100%
CS JUAN JESUS CORONEL	SI	SI	100%	100%
CS PANAMA DE ARAUCA	SI	SI	100%	100%
HSFF- FORTUL	SI	SI	100%	100%

Fuente: SIVIGILA 2024

➤ **Notificación de eventos de Interés en Salud Pública – SIVIGILA ESE Moreno y Clavijo a semana epidemiológica N 26, Segundo Trimestre 2024.**

Durante las 26 semanas epidemiológicas que consolidan el primer y segundo trimestre del 2024, todas las Unidades Primarias Generadoras del Dato- UPGD, adscritas a la Red de la ESE Departamental de Primer nivel Moreno y Clavijo, evidenciándose el cumplimiento de los Lineamientos Nacionales de la Notificación de los Eventos de Interés en Salud Pública con un consolidado de 2377 notificaciones Individuales y 4921 casos de Notificación Colectiva (IRA- EDA-Brotos).

a. Notificación Colectiva:

Dentro de las Notificaciones Colectivas reportadas al SIVIGILA se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas- IRA con un total de 3.406 casos acumulados al finalizar del segundo trimestre 2024, notificados por los diferentes hospitales y Centros de Salud, en primer lugar se encuentra el Hospital San Antonio de Tame con 1003 notificaciones, le siguen el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 872 casos, con 612 casos el Hospital San Francisco de Fortul está en tercer lugar, el Hospital San Ricardo Pampuri con 540 casos, de igual forma los Hospitales de Cravo norte, el Centro de Salud de Panamá de Arauca y el centro de Salud Juan de Jesús Coronel realizan sus notificaciones semanales.

Otra de las Notificaciones colectivas son las Enfermedades Diarreicas Agudas- EDAs- que semana a semana realiza la notificación al SIVIGILA con un total de 1512, encontrándose en primer lugar el reporte del Hospital San Antonio de Tame con 465 casos, en segundo lugar el Hospital San Francisco de Fortul con 322 reportes, le sigue el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 321 reporte, en cuarto lugar está el Hospital San Ricardo Pampuri con 253 reportes, le siguen en su orden, el Hospital San Juan de Dios, el hospital San José de

Cravo norte, el Centro de Salud Juan de Jesús Coronel y el centro de salud de Panamá de Arauca con 0 casos.

Se reportaron 3 Brotes de Varicela: hospital san lorenzo, san Antonio de Tame y Centro de Salud Panamá de Arauca

Tabla: Notificaciones Colectivas

EVENTO	HSLA		HSAT		HSFF		HSRP		HSJC		HSJD		CSJJC		CSPA		TOTAL	
	Casos	Tasas																
MORBILIDAD POR IRA	872	14,80	1003	19,55	612	28,99	540	9,167	92	21,19	219	42,49	21	0,357	47	0,80	3406	24,19
MORBILIDAD POR EDA	321	5,45	465	9,06	322	15,25	253	4,295	50	11,52	66	12,81	35	0,594	0	0,00	1512	10,74
VARICELA COLECTIVO	1	0,23	1	0,02	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,23	3	0,02
TOTAL	1194	20,27	1469	28,6	934	44,24	793	13,46	142	32,71	285	55,30	56	0,95	48	0,81	4921	34,95

b. Notificación Individual.

De los eventos de interés en Salud Pública de reporte individual se consolidan a semanas epidemiológicas N 26, un total de 2.377 casos con una tasa de 7.71 por mil habitantes a nivel departamental, observándose que la Enfermedad de Dengue es el Evento más notificado con un total de 943 casos, especialmente en los hospitales San Antonio de Tame con 485 reportes, le siguen el Hospital San Francisco de Fortul con 305 casos, le siguen en tercer lugar está el hospital San Ricardo Pampuri con 41 casos, los otros hospitales de igual forma han realizado las notificaciones de casos excepto el Centro de Salud Panamá de Arauca que no tiene casos reportados.

El reporte de las Infección Respiratoria Aguda Grave- IRAG Inusitada, se encuentra en el segundo lugar en la notificación individual con un acumulado de 461 casos, el Hospital San Antonio de Tame con un reporte de 215 casos, en segundo lugar está el reporte del Hospital San Ricardo Pampuri con 108 casos reportados, el tercer lugar lo ocupa el Hospital San Lorenzo de Arauquita con 81 notificaciones y el Hospital San Francisco de Fortul reporta 31 casos, los demás hospitales realizan su notificación correspondiente del evento.

Las Violencias de Género se encuentran en tercer lugar con un acumulado de 393 casos, y es el Hospital San Antonio de Tame quien tienen el mayor reporte con 185 casos, le siguen el Hospital San Lorenzo de Arauquita y San Francisco de Fortul con 61 y 55 casos, el Hospital San José de Cravo norte tiene un reporte de 33 casos que por ser una población pequeña la tasa se ve afectada con 7.60 por cada 1000 habitantes. Le siguen en orden de reporte el Centro de Salud Juan de Jesús Coronel con 16 casos.

Las agresiones por Animales Potencialmente transmisores de Rabia con 218 reportes ocupan el cuarto lugar, siendo el hospital San Antonio de Tame con 90 casos reportados, le siguen el Hospital San Francisco y San Lorenzo con 38 y 35 casos respectivamente, el hospital san Juan de Dios tiene un reporte de 14 casos, el Centro de Salud Juan de Jesús Coronel tiene 12 casos lo que representa un alto reporte para la población del Centro poblado.

La DNT en menores de 5 años tiene un reporte consolidado de 75 casos; los Accidentes Ofídicos con 54 casos, le siguen los intentos de Suicidios con 34 casos y las Varicelas individuales con 30 casos, conforman la lista de los primeros 10 eventos de Interés en Salud Pública Notificados a semana epidemiológica 26 que conforman el primer semestre del 2024.

Al realizar la verificación de los casos notificados por cada hospital y centro de salud se evidencia que el HSAT tiene un reporte total de 1091 casos, le siguen el HSFF con 502 casos, el Hospital San Lorenzo de Arauquita tiene un consolidado de 276 casos ocupando el tercer lugar, le siguen el hospital San Ricardo Pampuri con 209 reportes y HSJCN con 116 casos, el HSJD y los Centros de Salud también han realizado la captación y reporte de casos de Eventos de Interés en Salud Pública con un acumulado de 76, 68 y 35 casos respectivamente.

Tabla: - Notificaciones Individuales.

EVENTOS	HSAT		HSFF		HSLA		HSRP		HSJCN		HSJD PR		CSJIC		CSPA		TOTAL	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA X MIL HB DPTO
DENGUE	485	9,45	305	14,45	29	0,49	41	0,70	35	8,06	33	6,40	15	0,25	0	0,00	943	3,06
IRAG INUSITADA	215	4,19	31	1,47	81	1,38	108	1,83	19	4,38	6	1,16	0	0,00	1	0,02	461	1,50
VIOLENCIAS DE GENERO	185	3,61	55	2,61	61	1,04	17	0,29	33	7,60	8	1,55	20	0,34	14	0,24	393	1,27
AGRESIONES APTR	90	1,75	38	1,80	35	0,59	16	0,27	6	1,38	14	2,72	12	0,20	7	0,12	218	0,71
DESNUTRICION EN < 5 AÑOS	22	0,43	22	1,04	15	0,25	5	0,08	3	0,69	2	0,39	4	0,07	2	0,03	75	0,24
ACCIDENTE OFIDICO	12	0,23	11	0,52	12	0,20	5	0,08	2	0,46	4	0,78	4	0,07	4	0,07	54	0,18
INTENTO SUICIDO	19	0,37	7	0,33	6	0,10	0	0,00	1	0,23	1	0,19	2	0,03	0	0,00	36	0,12
VARICELA	10	0,19	6	0,28	6	0,10	3	0,05	2	0,46	0	0,00	0	0,00	3	0,05	30	0,10
INTOXICACIONES	11	0,21	6	0,28	5	0,08	0	0,00	2	0,46	1	0,19	1	0,02	0	0,00	26	0,08
SIFILIS GESTACIONAL	8	0,16	5	0,24	6	0,10	1	0,02	0	0,00	0	0,00	3	0,05	1	0,02	24	0,08
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	7	0,14	2	0,09	2	0,03	2	0,03	3	0,69	1	0,19	3	0,05	0	0,00	20	0,06
ETAS	1	0,02	0	0,00	2	0,03	9	0,15	5	1,15	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	0,06
TUBERCULOSIS	7	0,14	5	0,24	2	0,03	1	0,02	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	16	0,05
VIH/SIDA	3	0,06	1	0,05	7	0,12	0	0,00	1	0,23	1	0,19	0	0,00	1	0,02	14	0,05
MALARIA	1	0,02	1	0,05	3	0,05	0	0,00	2	0,46	1	0,19	3	0,05	0	0,00	11	0,04
CHAGAS CRONICO	3	0,06	1	0,05	0	0,00	1	0,02	0	0,00	1	0,19	0	0,00	0	0,00	6	0,02
LEISHMANIASIS	0	0,00	1	0,05	1	0,02	0	0,00	0	0,00	1	0,19	0	0,00	2	0,03	5	0,02
CANCER DE MAMA	5	0,10	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,02
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23	2	0,39	0	0,00	0	0,00	4	0,01
INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	3	0,06	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,013
ENFERMEDAD DE HANSEN- LEPRO	0	0,00	0	0,00	3	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,010
PAROTIDITIS	1	0,02	2	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,010
DEFECTOS CONGÉNITOS	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,006
TOSFERINA	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,003
DENGUE GRAVE	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,003
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,003
SARAMPION	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,003
LESIONES X ARTEFACTO EXPLOSIVO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,003
LEPTOSPIRA	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,003
MORTALIDAD POR DENGUE	1	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,003
TOTAL	1091	21,26	502	23,78	276	4,69	209	3,55	116	26,72	76	0,77	68	1,15	35	0,59	2377	7,71

Fuente: SIVIGILA 2024

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

Durante el primer y segundo trimestre 2024 se realiza el reporte oportuno de las Búsquedas Activas Institucionales que tiene como finalidad Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por medio de identificar, recolectar y notificar información que permita el análisis y comprensión de las situaciones en salud, de acuerdo al comportamiento de estos eventos, para la toma de decisiones en las acciones de promoción, prevención y control de la Salud Pública de acuerdo a los Lineamientos Nacionales con el fin de Identificar casos de los Eventos de Vigilancia en Salud Pública que no fueron notificados al SIVIGILA.

Las 8 UPGD adscritas a la Red se realiza semanalmente el envío de la BAI a la Unidad Notificadora Municipal quienes a su vez la transfieren a la UAESA quien verifica la información y en su momento si se encuentran eventos que cumplan con la definición de caso se hace el requerimiento a la UPGD a la que pertenece para que realice la revisión de la Historia Clínica para confirmar el caso y realizar la respectiva Notificación al SIVIGILA.

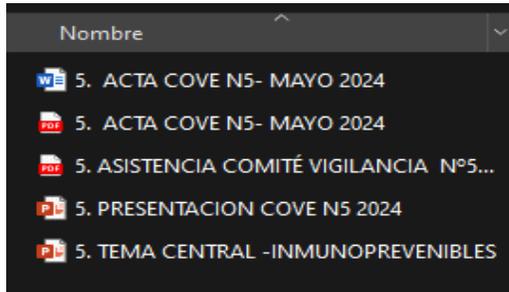
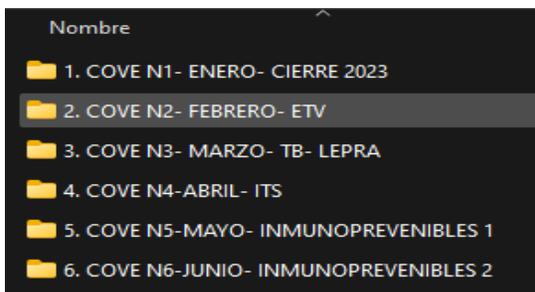
Plantilla Búsqueda Activa Institucional:

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DIRECCION DE VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA BAI FORMATO 2 INFORME CONSOLIDADO UPGD DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA ANEXO 01 A LINEAMIENTOS 2016												
Departamento o Distrito		ARAUCA			CRAVO NORTE			UNM: ALCALDIA MUNICIPAL DE CRAVO NORTE UPGD o UI: HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE				
Cabecera municipal/Centro poblado/Barrio-vereda/Localidad o barrio		CRAVO NORTE										
Período a evaluar: SEMANA 28 Mes Trimestre 3 Año 2024												
Nombre del Responsable de la BAI: MAGDA ALEJANDRA OCHOA					Correo Electrónico: saludpublicacravo_myc@gmail.com Telefono: 3164526469							
BAI Realizada: Transmisibles X No transmisibles Salud bucal					Fuente utilizada: RIPS_X_EV LABORATORIO			Total de RIPS procesados: 426				
Total de RIPS encontrados con Dx relacionados con EISP:		5										
RIPS ENCONTRADOS	Evento	CIE X	Descripciones CIE X diagnóstico relacionado	Número de historias clínicas revisadas	Eventos de interés encontrados en RIPS que cumplieron con la definición de caso	Eventos notificados previamente al SIVIGILA	Número de casos con muestra	Porcentaje de correspondencia	Clasificación del caso			Observaciones
									Descartado	Confirmado	Comprobable	
2	DENGUE	R51X	CEFALEA	2	0	0	0	0%	2	0	0	AL REVISAR HISTORIA CLINICA NO CUMPLE
1	DENGUE	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1	0	0	0	0%	1	0	0	AL REVISAR HISTORIA CLINICA NO CUMPLE
2	DENGUE	A979	DENGUE SIN SIGNOS DE AL	2	0	0	0	0%	0	2	0	DIAGNOSTICO ASOCIADO PARA
5	TOTALES			5	-	-	-	-	3	2	0	0

Fuente: Formatos BAI

➤ **Funcionamiento de los Comités de Salud Pública:**

Durante el primer semestre del 2024 en cada Hospital y Centros de salud realiza mes a mes los Comités de Vigilancia Epidemiológica, donde se realiza el Análisis de los eventos de Interés en Salud Pública notificados al SIVIGILA. Además, se realiza un Comité Institucional con todas los Hospitales y Centros de Salud dando operatividad al Comité de Vigilancia Epidemiológica, como lo define la Resolución 258 del 2021. Las Actas de los Comités de cada Institución se cargan a los Drive de las EPS y las Actas de los Comités Institucionales se envían a cada hospital, en carpetas que contiene: La presentación del Comité de Vigilancia Epidemiológica, el Acta del Comité de Vigilancia, el listado de asistencia, y la Socialización del Tema Central de un Protocolo de un Evento de Interés en Salud Pública.



En cada Comité se realiza la Socialización de un Tema de Interés en Salud Pública y se completa con la adherencia al tema, por lo que cada tema o Protocolo socializado tiene su adherencia y su análisis de las respuestas al mismo. Encontrándose que todas las evaluaciones superan el 80% que es el porcentaje mínimo para no realizar Plan de Mejora.

Se tiene el Link de las Adherencias y los Análisis de los Resultados.

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VEP-MA-001
	ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA SOCIALIZACION ITS- PROTOCOLOS SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA, HEPATITIS B Y VIH/SIDA	Versión: 003
		Página 1 de 4

PREGUNTAS PARA LA EVALUACION DE LA SOCIALIZACIÓN INMUNOPREVENIBLES 1: SARAMPIÓN- RUBEOLA, TOS FERINA, VARICELA, EAPV.

Mediante formularios en la plataforma Google Forms se realiza la adherencia de la Socialización de Inmunoprevenibles 1: SARAMPIÓN- RUBEOLA, TOS FERINA, VARICELA, EAPV, a los funcionarios de la red Hospitalaria de la ESE MYC.

Fecha: 09 Mayo 2024

Link para Evaluación de Adherencia:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeapPDt5CShluTsKHtE4VPBW0v58ca6EIS8rden0zrc803YA/viewform?usp=sf_link

Análisis:
 Para la Adherencia de la Socialización de los Protocolos de ITS, se crea un formulario con 5 preguntas afines en la temática vista en la socialización, participaron de todas las sedes de la Red Hospitalaria de la ESE MYC con un total de 36 funcionarios de todas las áreas con un resultado promedio de 93.33/100 con las respuestas correctas. Por lo que se cumple con la meta de la evaluación que supera el 80%.

Estadística

Promedio	93.33 / 100 aciertos
Mediana	100 / 100 aciertos
Rango	40 / 100 aciertos

Distribución de puntos totales

Al analizar cada una de las respuestas se observa que para la pregunta N°1: Señale de las siguientes

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VEP-MA-001
	ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA SOCIALIZACION ITS- PROTOCOLOS SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA, HEPATITIS B Y VIH/SIDA	Versión: 003
		Página 2 de 4

Se obtiene resultado del 88.9% de aciertos. (32/36) respondiendo acertadamente la Opción "C", tres respuestas con la opción "a" y uno con la Opción "b".

En la segunda pregunta: Señale cual es la respuesta acertada:
 * Su Periodo de incubación es de entre 6 y 10 días, con un rango de 4 a 21 días

Se obtiene un resultado del 86.1% de las respuestas fueron verdaderas. (31/36), un 8.3% por la opción "C" y un 5.6% por la opción "D".

Señale de las siguientes afirmaciones cual es la respuesta correcta: * La transmisión se da por dispersión aérea de secreciones respiratorias.

Se observa que de los 36 funcionarios que realizaron la adherencia, 31 contestaron adecuadamente con un 91.7% de acierto. Los otros 9.3% contestaron una de las otras opciones de respuesta. Por lo tanto, se obtiene un resultado de 33/36.

INDICADORES DE GESTIÓN.

Durante los dos trimestres de la vigencia 2024 en la Red hospitalaria se lleva el diligenciamiento de los indicadores de Gestión que fueron actualizados, que tiene como objetivo es Realizar un análisis de estudio de casos que permita llevar a cabo la identificación del evento de interés en salud pública con el fin de clasificar diligenciar y notificar el evento de manera oportuna y segura.

El objetivo de Salud Pública es Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones. Observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades.

Todo el proceso de vigilancia Inicia con la valoración del médico que identifica alguna enfermedad y/o evento de interés de salud pública hasta la notificación del evento al sistema de vigilancia epidemiológica, teniendo en cuenta las acciones individuales o colectivas tendientes a mitigar el impacto del evento sobre el paciente y la comunidad.

Los indicadores de Gestión que se desarrollan en cada uno de los hospitales y centros de salud son los Sigüientes:

PARÁMETROS DE CONTROL DEL PROCESO: ACTIVIDADES DE MEDICIÓN		
NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	PERIODICIDAD
Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE / Total de Nacidos (vivos + mortinatos) en el periodo objeto de evaluación) * 1000	Mensual
Relación Morbilidad Materna Extrema (MME) / Muerte Materna (42 días)	Número de casos de Morbilidad materna extrema (MME) / Número de casos de Muerte materna (MM) 42 días	Mensual
Tasa de Mortalidad Perinatal	Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento / Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso * 1000 NV	Mensual
Porcentaje de Cumplimiento en la Notificación al Sivigila de manera semanal o inmediata de los EISP	Número de Semanas Epidemiológicas notificadas al SIVIGILA / Número de semanas Epidemiológicas acumuladas en el periodo evaluado *100	Mensual
Proporción de hospitalizaciones por Dengue con signos de alarma/ Dengue grave	Número de casos de dengue con signos de alarma y/o dengue grave registrados como hospitalizados / Total de casos de dengue con signos de alarma / dengue grave notificados al Sivigila * 100	Mensual
Proporción Casos de Enfermedad Diarreica Aguda- EDA notificadas al Sivigila	Total de casos de EDA notificados al Sivigila / Total de casos de EDA que consultaron por Consulta Externa y por Urgencias todas las Edades * 100	Mensual
Proporción de casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) notificadas al Sivigila	Número de casos de IRA notificados al Sivigila / Total de casos de IRA en las personas en todas las edades que consultaron en la UPGD * 100	Mensual
Tasa de incidencia de notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos notificadas al Sivigila	Número de casos Violencia de Género e intrafamiliar notificados / Población general * 100000	Mensual

Análisis de los Indicadores:

1. Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.

Este indicador se analiza teniendo en cuenta que toda gestante y el recién nacido deben recibir intervenciones de la Ruta Integral de atención materno perinatal, porque es necesario si se diagnostica este evento de interés en salud pública, tomar las medidas requeridas para reducir el riesgo de infección perinatal o transmisión materno infantil.

Durante el segundo trimestre de 2024, no se han reportado casos de Sífilis Congénita en los partos atendidos en la Red Hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo. Se han presentado casos de Sífilis Gestacional, pero se les garantiza el tratamiento con la finalidad de no repercutir en la salud del menor.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN											VEP-FO-003			
TABLERO RESUMEN DE INDICADORES PROCESO / SUBPROCESO: SALUD PÚBLICA											Versión 02			
											Pág. 1 de 1			
											MEDICIONES REALIZADAS			
1. Proceso	2. Subproceso	3. Nombre del Indicador	4. Unidad de Medida	5. Periodicidad de la Medición	6. Meta	7. Límite de Control	8. Tipo de Indicador	9. Sentido del indicador	10. Responsable de Analizar el Indicador	11. Rango de Evaluación		12. Periodo de Análisis	13. Resultado Indicador	
Misional- Salud Pública	Vigilancia Epidemiológica Red Hospitalaria MYC	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	Porcentaje	Mensual (Periodo Epidemiológico)	0	1	Efectividad	Descendente	Lider Vigilancia Epidemiológica / Subgerente en salud	Logro <=1	Desde el 0, hasta el 1	Mayor >= 1	Enero	0,0
					0	1							Febrero	0,0
					0	1							Marzo	0,0
					0	1							Abril	0,0
					0	1							Mayo	0,0
					0	1							Junio	0,0
					0	1							Julio	#DIV/0!
					0	1							Agosto	#DIV/0!
					0	1							Septiembre	#DIV/0!
					0	1							Octubre	#DIV/0!
					0	1							Noviembre	#DIV/0!
					0	1							Diciembre	#DIV/0!

- Acción propuesta: Para sostener el Indicador en cero (0) es necesario captar a las Gestantes con Sífilis Gestacional y tratarlas para que no lleguen a una sífilis Congénita. Brindar atención integral y oportuna si se presentan casos de Sífilis Gestacional en la institución y capacitar al personal asistencial en los Protocolo de Sífilis Gestacional y Congénita.

- **Relación Morbilidad Materna Extrema (MME) / Muerte Materna (42 días).**

La Morbilidad Materna Extrema (MME) mide el número de mujeres que presentan una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida, pero sobrevive. Y la Muerte Materna es mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto.

En la Red Hospitalaria de reportaron 20 casos de MME en el primer semestre, pero ningún caso de Mortalidad Materna por lo tanto el Indicador se mantiene estable. Relación MME: MM: 20:0

Al revisar el tablero del indicador se observa que durante toda la vigencia 2024, se encontraba dentro del valor esperado.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN											VEP-FO-003			
1. Proceso	2. Subproceso	3. Nombre del Indicador	4. Unidad de Medida	5. Periodicidad de la Medición	6. Meta	7. Límite de Control	8. Tipo de Indicador	9. Sentido del indicador	10. Responsable de Analizar el Indicador	11. Rango de Evaluación		12. Periodo de Análisis	13. Resultado Indicador	
Misional- Salud Pública	Vigilancia Epidemiológica Hospital Red Hospitalaria MYC	Relación Morbilidad Materna Extrema(MME) / Muerte Materna (42 días)	Cantidad	Trimestral	0	1	Eficacia	Descendente	Lider Vigilancia Epidemiológica / Subgerente en salud	Logro <=1	Desde el 0,1 hasta el 1	Mayor >= 1	Enero	0,0
					0	1							Febrero	0,0
					0	1							Marzo	0,0
					0	1							Abril	0,0
					0	1							Mayo	0,0
					0	1							Junio	0,0
					0	1							Julio	#DIV/0!
					0	1							Agosto	#DIV/0!
					0	1							Septiembre	#DIV/0!
					0	1							Octubre	#DIV/0!
					0	1							Noviembre	#DIV/0!
					0	1							Diciembre	#DIV/0!

- Acción propuesta: Brindar atención integral y oportuna, acorde al nivel de atención que requiera la paciente, si se presentan casos de MME en la institución realizar las acciones tendientes a evitar complicaciones que conlleven al deceso de la materna. Y Capacitar al personal asistencial para el manejo de casos de Morbilidad Materna Extrema, para saber que hacer o realizar en caso que se presente un caso de MME.

- **Tasa de Mortalidad Perinatal.**

La tasa de mortalidad perinatal expresa el riesgo de morir del feto de 500g o más de peso y del recién nacido hasta los 7 días de vida. Es un indicador que permite aproximarse al conocimiento del estado de salud sexual y reproductiva de la población.

Durante la vigencia 2024, para el primer y segundo trimestre se reportó al Sivigila 1 caso de muerte Perinatal en la red hospitalaria: Hospital San Antonio de Tame. Lo que representa una Tasa de 66.7 por cada mil nacidos vivos (1 mortalidades perinatales y 99 nacimientos en toda la red), pero cuando se analiza por cada mes, se refleja una tasa de mortalidad perinatal más elevada por que la relación se realiza con el valor de los nacimientos institucionales.

Al revisar el tablero del indicador se observa que durante toda la vigencia 2024, se observa los valores por encima de lo esperado, lo que indica que se deben buscar estrategias para disminuir la ocurrencia de mortalidades perinatales en la Red Hospitalaria.

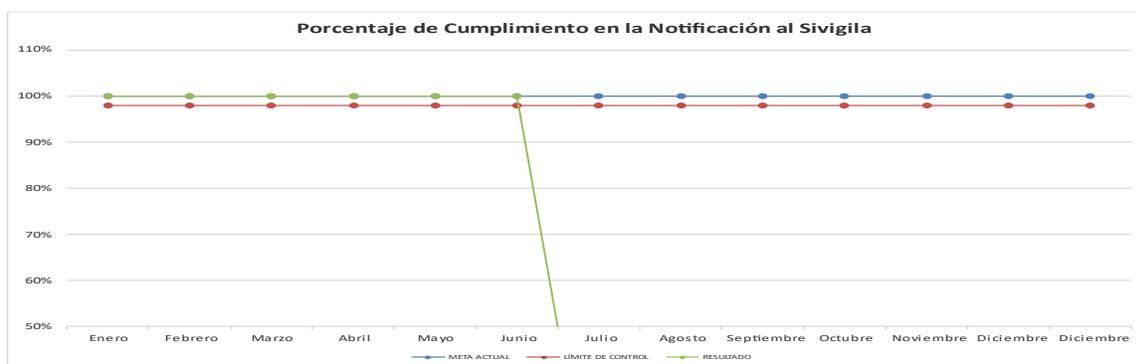
MISIONAL - Salud Publica		Vigilancia Epidemiologica Red Hospitalaria MYC		Tasa de mortalidad perinatal - Razón de muertes perinatal y neonatal tardia		Porcentaje		Mensual (por Periodo Epidemiologico)		Efectividad		Descoyente		Lider Vigilancia Epidemiologica / Subgerente en salud		VEP-FO - 003		
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Enero	0,00
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Febrero	0,00
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Marzo	66,67
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Abril	0,00
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Mayo	0,00
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Junio	0,00
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Julio	#DIV/0!
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Agosto	#DIV/0!
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Septiembre	#DIV/0!
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Octubre	#DIV/0!
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Noviembre	#DIV/0!
100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	100%	110%	Menor o igual que 10	Entre 10, 1 y 11	Mayor o igual que 12,1	Diciembre	#DIV/0!

- Acción Propuesta: Brindar atención integral y oportuna, acorde al nivel de atención que requiera la paciente, si se presentan casos en la institución. Seguir educando a las gestantes en cuanto a consultar de manera oportuna ante la presencia de signos y síntomas de alarma. y se debe realizar capacitación sobre los Protocolos de Mortalidad Perinatal para saber el actuar en caso de presentarse un caso en la Institución. Se debe además de las capacitaciones a los funcionarios, se debe realizar educación a las Gestantes sobre los signos y síntomas de alarma para que acudan ante cualquier síntoma.

- **Porcentaje de Cumplimiento en la Notificación al SIVIGILA de manera semanal o inmediata de los EISP:**

Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública notificarán los eventos de reporte obligatorio definidos en los protocolos de vigilancia, en los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada. En toda la Red Hospitalaria se realizó el reporte de las 26 semanas epidemiológicas al Sivigila por lo que se obtiene un reporte del 100% de este indicador para todos los 6 hospitales y los 2 centros de Salud.

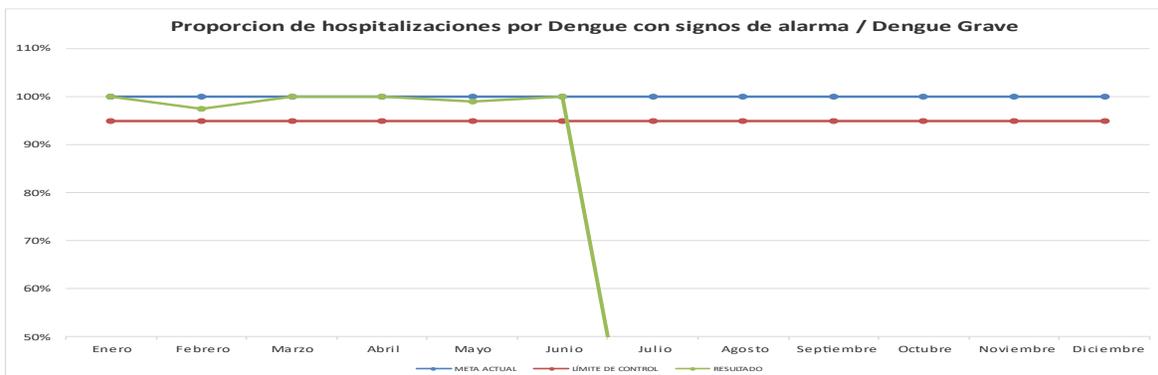
Al revisar el tablero del indicador se observa que durante toda la vigencia 2024, se encontraba dentro del valor esperado.



- Acción Preventiva: Realizar el reporte oportuno de las acciones de Vigilancia Epidemiológica: BAI para que todos los eventos de Interés en Salud Pública sean notificados de manera oportuna. Además, es necesario hacer el despliegue a toda la red de UPGD, UI y UNM con capacidad instalada para realizar el reporte por la plataforma de Sivigila 4.0.
 - **Proporción de hospitalizaciones por Dengue con signos de alarma/ Dengue grave.**

Una vez se tiene el registro de casos de dengue, las acciones individuales van dirigidas al diagnóstico, manejo y seguimiento del paciente. Todo paciente que tiene diagnóstico de Dengue con signos de alarma y dengue Grave se debe hospitalizar para su manejo. Por lo tanto, todos los pacientes a los cuales se le dio este diagnóstico tuvieron una Conducta de Hospitalización y otros de remisión a un segundo nivel para su manejo, representando un 100% para este indicador. Pero en el mes de febrero y mayo se evidencia un caso que no cumplió con este manejo.

Al revisar el tablero del indicador se observa que durante los dos trimestres 2024, se encontraba dentro del valor esperado.



- Acción propuesta: Se realiza Búsqueda Activa Institucional (BAI) de Dengue para verificar la notificación de los casos y el manejo instaurado en casos de Dengue con Signos de Alarma y Dengue Grave.

- **Proporción Casos de Enfermedad Diarreica Aguda- EDA notificadas al Sivigila.**

Las Enfermedades Diarreicas son una causa importante de la carga de morbilidad en todo el mundo, tienen un impacto sustancialmente mayor en países y regiones de bajos ingresos con mala calidad del agua, saneamiento y seguridad alimentaria y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados.

Este indicador refleja el reporte oportuno de este evento de Interés en Salud Pública, en las atenciones realizadas en los hospitales y centros de salud y que fueron notificados en su totalidad para un 100%.

Al realizar la comparación de los casos captados en Salud 360 y los reportados al Sivigila se encuentra una concordancia del 100%.

Misional- Salud Pública	Vigilancia Epidemiológica Red Hospitalaria MYC	Proporción Casos de Enfermedad Diarreica Aguda- EDA notificadas al Sivigila	Porcentaje	Mensual (por Periodo Epidemiologico)	100%	95%	Efectividad	Ascendente	Lider Vigilancia Epidemiologica /Subgerente en salud	Mayor o igual que 100%	Entre 99,9% y 95%	Menor o igual que 94,9%	Enero	100,0%
					100%	95%							Febrero	100,0%
					100%	95%							Marzo	100,0%
					100%	95%							Abril	100,0%
					100%	95%							Mayo	100,0%
					100%	95%							Junio	100,0%
					100%	95%							Julio	#DIV/0!
					100%	95%							Agosto	#DIV/0!
					100%	95%							Septiembre	#DIV/0!
					100%	95%							Octubre	#DIV/0!
					100%	95%							Noviembre	#DIV/0!
					100%	95%							Diciembre	#DIV/0!

- Acción propuesta: Realizar verificación de que todos los casos con Diagnostico de EDA que consultaron por urgencias y Consulta externa sean notificados al Sivigila. Y Realización de la Búsqueda Activa Institucional de manera semanal para verificar que todos los casos de EDA sean notificados al Sivigila.

- Proporción de casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) notificadas al Sivigila**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de morbilidad y mortalidad por enfermedad infecciosa en todo el mundo, afectan especialmente a los niños, adultos mayores y las personas que tienen comprometido su sistema inmunológico. Estas infecciones suelen ser de origen viral o mixto, por virus y bacterias; son contagiosas y se propagan rápidamente. Las infecciones respiratorias del tracto respiratorio superior comúnmente conocidas como resfriado son muy frecuentes, pero rara vez ponen en peligro la vida; sin embargo, las infecciones respiratorias bajas son responsables de cuadros más graves, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Este indicador refleja el reporte oportuno de las Infecciones Respiratorias Agudas, de las atenciones realizadas en los hospitales y centros de salud y que fueron notificados en su totalidad para un 100%.

Al realizar la verificación de este indicador se observa que en toda la red se notificaron casos de Infecciones Respiratorias Agudas al Sivigila, se compara con las IRAs captadas en las atenciones por consulta externa, urgencias y hospitalización se encuentra un 100% de correlación.

El indicador tiene una meta del 100% y un límite de 95%. El indicador está en la meta esperada en cada uno de los periodos epidemiológicos evaluados.

Misional - Salud Pública	Vigilancia Epidemiológica Red Hospitalaria MYC	Proporción de casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) notificadas al Sivigila	Porcentaje	Mensual (por Periodo Epidemiologico)	100%	95%	Efectividad	Descendente	Lider Vigilancia Epidemiológica / Subgerente en salud	Mayor o igual que 100%	Entre 99,9% y 95%	Menor o igual que 94,9%	Enero	100.0%
					100%	95%							Febrero	100.0%
					100%	95%							Marzo	100.0%
					100%	95%							Abril	100.0%
					100%	95%							Mayo	100.0%
					100%	95%							Junio	100.0%
					100%	95%							Julio	#DIV/0!
					100%	95%							Agosto	#DIV/0!
					100%	95%							Septiembre	#DIV/0!
					100%	95%							Octubre	#DIV/0!
					100%	95%							Noviembre	#DIV/0!
					100%	95%							Diciembre	#DIV/0!

- Acción propuesta: Realizar verificación de que todos los casos con Diagnostico de IRA en la Plataforma Salud360, que consultaron por urgencias y Consulta externa que fueron notificados al Sivigila.

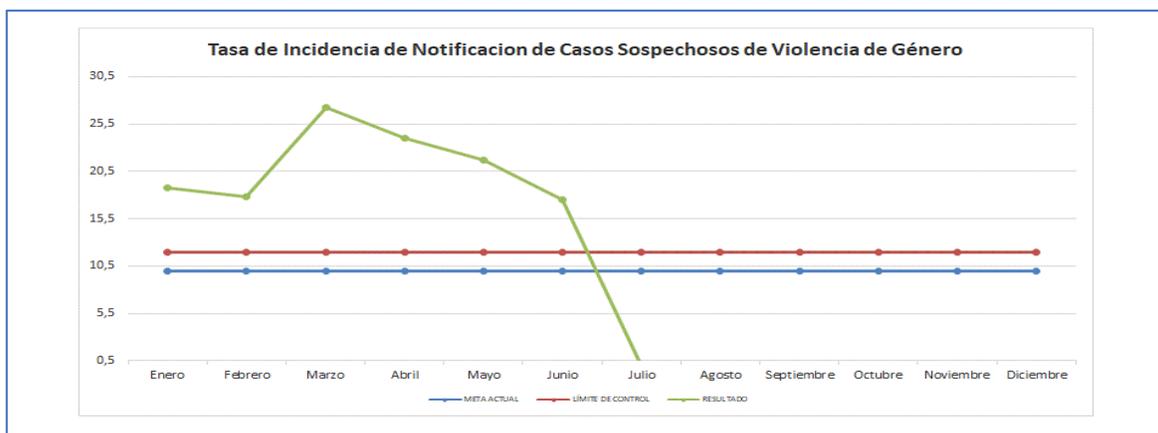
- Tasa de incidencia de notificación de casos sospechosos de Violencia de Género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos notificados al Sivigila.**

La violencia de género y, entre ellas, las violencias sexuales son una violación sistemática y masiva de derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres

y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI).

Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones: debido a las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos y por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado, un marco normativo nacional para el abordaje integral y tercero, porque son evitables ya que sus causas son culturales y sociales, y no biológicas y hereditarias.

Para este indicador se realiza la verificación de los casos captados y notificados al Sivigila, en cada uno de los Hospitales y Centros de Salud. Observándose un reporte mensual de un número alto de casos, lo que representa una tasa de incidencia muy por encima de lo esperado.



Al revisar el tablero del indicador se observa que durante toda la vigencia 2024, la tasa varía de mes a mes, pero muy por encima de los valores esperados a nivel departamental y nacional, teniendo en cuenta que en esta notificación se realizan los reportes de Negligencia y abandono que hacen que se inflen los valores totales y por lo tanto se disparan las tasas para este evento.

- Acción propuesta: Realizar la Búsqueda Activa Institucional para el evento de Violencia con el fin de que no quede ningún caso sin notificar al Sistema de Información Sivigila, teniendo en cuenta que estos datos van para el Observatorio de Violencia de Género.

8.6 INFORME DE GESTION CONSULTA EXTERNA

La ESE MORENO Y CLAVIJO es una entidad comprometida con satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, prestando servicios de salud en forma accesible, oportuna, pertinente, segura y continua.

Este informe da a conocer las estadísticas y se da análisis a prestación del servicio de consulta externa en nuestros Hospitales y Centros de Salud; con el fin de mejorar la prestación del servicio.

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

El propósito para alcanzar la excelencia, es necesario evaluar aspectos relacionados con el servicio de consulta externa por medicina general; entendida como la atención dada por un médico general, que incluye ciertas actividades a través de las cuales se evalúa el estado de salud y los diferentes factores de riesgos a los que este expuesto el paciente, con el fin de detectar circunstancias o patologías que afecten el estado de salud. Así mismo se debe analizar la demanda del servicio, por ejemplo, la frecuencia de solicitud, motivos más comunes de consulta y causas de inasistencia. Considerar la oferta en cuanto a capacidad instalada, calidad, oportunidad y cumplimiento.

ANALISIS: De acuerdo con la capacidad instalada institucional en toda la RED DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO se realizaron consultas, durante el II trimestre 2024 este comportamiento fue:

VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO 2024				
HOSPITALES / CENTROS DE SALUD	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Hospital San Francisco de Fortul	9847	11.582		
Hospital San Antonio de Tame	6957	13.566		
Hospital San Lorenzo de Arauquita	7027	6574		
Hospital San Ricardo Pampuri	1952	2197		
Hospital San Juan de Dios de puerto Rondón	1888	2124		
Hospital San José de Cravo N	1170	2643		
Centro Salud de Panamá de Arauca	433	433		
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	673	524		
Total	29.947	26.077		
Total, de trimestres			29.947	

Fuente: informes de Gestión Instituciones

ODONTOLOGIA

La odontología es una especialidad médica que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y trastornos que afectan la boca y los dientes. El odontólogo es el profesional que se encarga de brindar estos servicios y es un experto en el cuidado y tratamiento de los dientes, encías, lengua, mandíbula y otras estructuras de la boca.

- **Hospital San Francisco de Fortul:**

PRODUCCION	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	3190	3749		
NUMERO DE SESIONES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS	665	849		
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0		
SELLANTES APLICADOS	2369	1841		
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	2611	2614		
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	252	193		

- **Hospital San Antonio de Tame:** Se observa que la producción del segundo trimestre del año 2024 presentó un aumento significativo en las consultas de primera vez por odontología, procedimientos y actividades por higiene oral con respecto a la producción del primer trimestre del año 2024.

PRODUCCION	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	2312	3144		
TELECONSULTA POR ODONTOLOGIA.	2209	3049		
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	4068	4391		
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	121	100		
SELLANTES APLICADOS	1918	2160		
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	3026	3546		
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	124	95		

- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Realizando la comparación entre el primero y segundo trimestre del año 2024, se concluye que hubo un aumento significativo de las consultas odontológicas de primera vez y de control al igual que las superficies obturadas con materiales odontológicos (resina, ionómeros, cemento temporal). Destacando que los pacientes tuvieron la oportunidad de asistir a continuar con sus tratamientos. Se continua con el cumplimiento de las metas de las diferentes EAPB.

PROCEDIMIENTOS	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	2398	3207		
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	254	620		
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	42	43		
SELLANTES APLICADOS	2264	2214		
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	1674	1819		
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	291	298		

- **Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el segundo trimestre se realizaron 2224 procedimientos. Disminuyo la asistencia de los pacientes durante este trimestre sin embargo se realizarán estrategias para aumentar el compromiso de los usuarios al asistir a sus citas odontológicas y continuar sus tratamientos, sin embargo, son muy pocos los pacientes que llegan a terminar sus tratamientos por completo ya que generalmente requieren tratamientos extensos y son muy pocos los que logran terminarlos.

ODONTOLOGIA	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS	2567	2224		
NUMERO DE SESIONES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS	2567	2224		
TOTAL, DE TRATAMIENTOS TERMINADOS	35	24		
SELLANTES APLICADOS	437	511		
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	634	650		
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	125	165		
PULPOTOMÍAS Y PULPECTOMÍAS	28	30		

- **Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el segundo trimestre se realizó un total de 2182 procedimientos de odontología, evidenciándose que el 35% de los procedimientos fueron sesiones odontológicas, el 25% consultas, el 18% corresponde al total de tratamientos terminados, el 14% de los procedimientos realizados corresponde a superficies obturadas, el 5% son los sellantes aplicados y las exodoncias (cualquier tipo) el 3%.

PRODUCCIÓN	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	56	535		
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	299	772		
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	100	390		
SELLANTES APLICADOS	221	108		
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	319	306		
EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	0	71		

- **Hospital San José de Cravo Norte:** El plan de mejora que se está realizando está relacionado con la demanda inducida para los procedimientos de PyM, con el fin de lograr máximo cumplimiento de las metas que requiere cada empresa de salud. Como estrategia para mejorar las metas se está realizando actividades extramurales con un equipo interdisciplinar según la normatividad de la resolución 3280.

PRODUCCIÓN	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	359	419		
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	2.607	2730		
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	60	11		
SELLANTES APLICADOS	646	424		
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	275	341		
EXODOCIAS (CUALQUIER TIPO)	16	34		

- **Centro de Salud Panamá de Arauca:** Durante el segundo trimestre del año 2024, tampoco se logra cumplir las metas ya que no contamos con personal de planta disponible, se brinda servicio de procedimientos y valoraciones de odontología únicamente los miércoles de cada semana, con el apoyo del personal de odontología de Puerto Jordán dos días al mes y del Hospital San Lorenzo y Pampuri los miércoles restantes. Se realizaron un total de 134 consultas atendidas.
- **Centro de Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán:** En el segundo trimestre del año 2024 se evidencia un índice de atención en aumento en cuanto a controles de promoción y prevención en pacientes de primera infancia hasta pacientes de vejez, en cuanto a pacientes con procedimientos odontológicos podemos observar la disminución de procedimientos odontológicos como obturaciones y exodoncias.

PRODUCCION	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
CONSULTAS ODONTOLOGICAS REALIZADAS (VALORACIONES)	875	804		
NUMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGIA REALIZADAS	169	112		
TOTAL, TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0		
SELLANTES APLICADOS	0	6		
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)	403	354		
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)	55	22		

SALA DE PARTOS

También denominadas salas de trabajo, las salas de parto son espacios destinados a los partos en los hospitales y clínicas. Las mujeres embarazadas son conducidas a las salas de partos desde el principio del trabajo de parto. Las salas de partos están concebidas para ser especialmente confortables y prácticas durante el parto.

Tienen, por ejemplo, camas especiales para las posiciones del parto. Personal médico diverso especializado acompaña a las mujeres que van a dar a luz: La enfermera Jefe, la auxiliares de puericultura, Y el médico, En cambio el parto por cesárea se desarrolla en el quirófano de partos, que también se denomina sala de cesárea, la cual en nuestras instituciones derivan a la paciente por proceso de remisión según las valoraciones previas y los antecedentes patológicos.

VIGENCIA 2024				
HOSPITALES- PARTOS	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
Hospital San Francisco de Fortul	10	9		
Hospital San Antonio de Tame	27	29		
Hospital San Lorenzo de Arauquita	22	8		
Hospital San Ricardo Pampuri	4	6		
Hospital San Juan de Dios	9	4		
Hospital San José de Cravo Norte	6	2		

Centro Salud de Panamá de Arauca	1	0		
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	1	0		
Total por cada trimestre	80	58		
Totales de trimestres			138	

- Hospital San Antonio de Tame:** El número de PARTOS en SEGUNDO trimestre del año 2024 con respecto al SEGUNDO trimestre del año 2023 disminuyó en un 41.3%. Siendo el mes de ABRIL donde se presentó mayor número de partos con un total de 12 partos, se ha observado la disminución, debido a las actividades realizadas por promoción y mantenimiento como planificación familias, jornadas de pomeroy vasectomía.
- Centro de Salud Juan Jesús coronel:** No se tiene habilitado el servicio de partos, únicamente se atienden los partos que llegan en periodo expulsivo, para el tercer trimestre se presentó solo 1.
- Centro de Salud Pamana:** No tiene habilitado el servicio de partos, únicamente se atienden los partos que llegan en periodo expulsivo, para el primer trimestre se presentó una atención de parto espontaneo.
- Hospital San Ricardo Pampuri:** Según los datos suministrados por estadística se encuentran un número significativo de partos atendidos, el cual fueron en el mes de ABRIL (4), MAYO (2) y JUNIO con (0). Siendo ABRIL el mes con mayor número de partos.

A pesar de que aun la pandemia aun continua entre nosotros, las maternas acuden a la Institución; y el manejo médico es de manera completa e idónea para atender dichos partos, ya que se presentan muy pocos y a su vez se le brinda la mayor atención, cuidados humanizados para que la población siga acudiendo a tomar nuestros servicios con la mayor seguridad y confianza.
- Hospital San Lorenzo de Arauquita:** De la anterior tabla, podemos deducir que: Durante el segundo trimestre de 2024 se atendió un total de 8 partos en nuestra institución (correspondientes al 100%), por tanto, en el mes de ABRIL se registró 3 partos (correspondientes al 38%), en el mes de MAYO se registraron 4 partos (correspondientes al 50%) y en el mes de JUNIO se registraron 1 partos (correspondientes al 12%).
- Hospital San Francisco de Fortul:** Por medio de los análisis y estudios estadísticos en el segundo trimestre del presente año se han atendido 9 partos presentando un leve descenso del 11.11% respecto al trimestre anterior y se desdoblan de la siguiente manera: para el mes de abril se atendió 3, en el mes de mayo 2 y para el mes de junio 2.

Como se evidencia en las historias clínicas y los demás registros de la institución de estos partos atendidos no se presentó ninguna complicación en el recién nacido ni

en la puérpera y si se hubiera complicado alguna usuaria durante la atención la institución cuenta con personal calificado y entrenado para manejar la situación y equipo disponible de referencia para el traslado de paciente a segundo nivel de atención.

Antes del egreso se brinda educación a la madre sobre la importancia de la lactancia materna, signos de alarma para traer al recién nacido de inmediato al médico, las citas del recién nacido y la puérpera y la importancia de la planificación familiar, se da egreso a las puérperas y recién nacido entregando ordenes médicas para el control del recién nacido y puérperas; en la institución se atendió a las maternas con calidad, seguridad, oportunidad y atención humanizada y utilizando todas las medidas de protección personal y así mitigar el contagio por Covid 19.

- **Hospital San Juan de Dios de Rondón:** Durante el segundo trimestre se presentó un total de 4 partos correspondientes a un 100%, encontrando que el 50% de los mismos fueron en el mes de abril, el 0% en el mes de mayo y el 50% en el mes de junio.
- **Hospital San José Cravo Norte:** Para el II trimestre del 2024 se presentaron DOS (2) partos en la Institución.

8.7 INFORME GESTION APOYOS DIAGNOSTICOS

❖ EXAMENES DE LABORATORIO:

Las pruebas de laboratorio examinan muestras de sangre, orina o tejidos corporales. Nuestro talento humano en todas los Hospitales y Centros de Salud, analizan las muestras para determinar si los resultados están dentro de los límites normales. Los análisis usan un rango de valores porque lo que se considera normal varía de una persona a otra. Muchos factores afectan los resultados de los análisis. Entre ellos:

- Sexo, edad y raza
- Lo que come y lo que bebe
- Las medicinas que toma
- El seguimiento de las instrucciones antes del análisis

El médico también puede comparar los resultados con análisis anteriores. Las pruebas de laboratorio son a menudo parte de un examen de rutina para detectar cambios en su salud. También ayudan a los médicos a diagnosticar cuadros clínicos, planificar o evaluar tratamientos y controlar enfermedades. **La red de la ESE MORENO Y CLAVIJO** está comprometida cada día a brindar servicios óptimos, seguros y efectivos, dando un total de 128.628 laboratorios realizados durante el año 2024.

HOSPITALES- CENTROS DE SALUD	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
Hospital San Francisco de Fortul	23510	33899		
Hospital San Antonio de Tame	47347	47983		

Hospital San Lorenzo de Arauquita	28694	32662		
Hospital San Ricardo Pampuri	12701	14357		
Hospital San Juan de Dios Rondón	4804	9720		
Hospital San José de Cravo N	4431	5788		
Centro Salud de Panamá de Arauca	2548	2962		
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	4593	8530		
Total, por trimestre	128.628	107.918		
Total, de laboratorios en la RED			128.628	

Fuente: Informes de Gestión Instituciones

- Hospital San Francisco de Fortul:** Durante el segundo trimestre del año 2024 la cantidad de laboratorios realizados fue un total de 33899 superando así el primer trimestre del 2024, donde el crecimiento de la tabla nos muestra un incremento del 44 % en el segundo trimestre del año 2024 comparativo mes a mes con respecto al trimestre anterior en la cantidad de procedimientos realizados. En la tabla mes a mes se ve un aumento en los procedimientos realizados hasta el mes de marzo donde disminuye un 14 % esto debido a la disminución de pacientes en los diferentes servicios como lo son consulta externa y urgencias por la semana mayor y un aumento 65% en el mes de abril donde se empezó a contar con personal adicional y al trabajo articulado con los programas de PYM. En mayo y junio hubo una disminución de los procedimientos debido a la falla en equipos biomédicos que nos retardan el procesamiento de las muestras.
- Hospital San Antonio de Tame:** El laboratorio clínico es un subsistema inmerso dentro del sistema de salud que juega un papel importante en la medicina, no sólo en el establecimiento del diagnóstico, sino también en el pronóstico y la vigilancia del tratamiento. Influye también de manera significativa sobre la salud pública y la medicina preventiva. Indudablemente que la importancia y el impacto de los laboratorios clínicos ha crecido en forma constante, dado el desarrollo científico y tecnológico, generando retos que se deben resolver, no sólo desde la perspectiva tecnológica y económica, sino desde el punto de vista humano. La calidad técnica del laboratorio clínico tiene un impacto significativo sobre la calidad y oportunidad de la atención médica en su conjunto, y por otro lado, sobre la calidad y oportunidad en la ejecución de los procesos en el laboratorio. De sus resultados derivan múltiples efectos y, por lo tanto, costos relacionados con la utilización de recursos, entre ellos, medicamentos, material de curación, camas hospitalarias, tiempo de personal de la institución, viáticos, incapacidades, etc. La adopción e implantación de los principios de la buena práctica en el laboratorio clínico es equivalente a un funcionamiento eficaz, que garantiza que todo el trabajo se realiza de acuerdo a procedimientos y métodos cuidadosamente seleccionados, conformando el eje de su aceptación por los responsables de la atención médica y la confianza para el reconocimiento de sus resultados en las unidades médicas. Dentro de los principios de buena práctica, se encuentra el de desarrollar y llevar a cabo un programa de control de calidad que Incluya todos los errores que surgen entre la recepción del espécimen y la entrega del informe.

- Hospital San Lorenzo de Arauquita:** Para el segundo trimestre del año 2024 se observa un aumento creciente en la producción con un total de **32662** exámenes con respecto al primer trimestre. Se observa un aumento creciente en los exámenes procesados en el servicio de urgencias y promoción y mantenimiento de la salud con respecto al primer trimestre. En el segundo trimestre se envían a procesamiento **1076** muestras para exámenes especializados notándose una disminución decreciente con respecto al primer trimestre que se envían **1376** muestras para diferentes análisis especializados para cumplimiento de ruta de crónicos y maternas. Se envían 9 muestras para análisis de **TSH** neonatal en el segundo trimestre evidenciándose una disminución con respecto al primer trimestre del año.
- Hospital San Ricardo Pampuri:** Durante el II trimestre del año 2024 se obtuvieron la realización de **14357** exámenes, de acuerdo al comportamiento presentado en el laboratorio clínico se evidencia que el servicio que más solicito exámenes fue el programa de PyM con un total de 8379 procedimientos realizados; mientras que el área de menor producción fue hospitalización con **261** muestras analizadas. En el mes de Abril se realizaron **3979** laboratorios, en Mayo **5647** y en el mes de Junio **4731**. En comparación al trimestre anterior se evidencio un aumento de 1656 laboratorios.
- Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón:** Durante el segundo trimestre se procesaron 9720 muestras, de las cuales el 64% fueron procesadas para el área de PYM; siendo el de mayor porcentaje. El 17% se procesaron para el servicio consulta externa, 16% en urgencias y el 3% de las muestras que se procesaron correspondía a usuarios del servicio de hospitalización.
- Centro de Salud Juan Jesús coronel:** En la información anterior se puede observar que la producción del segundo trimestre en el área de laboratorio hubo un aumento significativo gracias a la canalización de pacientes para los diferentes programas de P Y M, además se atendieron pacientes provenientes del proyecto equipos básicos vereda la horqueta. Cabe resaltar que a partir de mes de mayo contamos con el servicio de un tercer medico en la institución para el área de consulta externa esto incrementa el flujo de pacientes y consecuente a esto el aumento de pacientes atendidos y laboratorios realizados brindando un servicio con calidad y accesibilidad para nuestros usuarios. Se notó el interés y esfuerzo del personal de la institución canalizando pacientes con el fin de aumentar las metas.
- Centro de Salud Panamá de Arauca:** Se brinda el servicio de laboratorio de acuerdo a la disponibilidad de agenda para las citas, teniendo en cuenta que se debe brindar una atención integral al usuario, para el segundo trimestre se brindó el servicio de **2.962** procedimientos. se solicita la contratación de personal de apoyo con el fin de lograr cumplir mayor nivel de metas en los programas de PYM.

- **Hospital San José de Cravo Norte** De los resultados expuestos en la anterior tabla, podemos inferir que durante todo el II trimestre de 2024 hubo un desempeño homogéneo de alto rendimiento y productividad que se mantiene en aumento constante manifiesto en la incorporación de nuevos agentes contractuales

- **IMÁGENES DIAGNOSTICAS:**

Los hospitales en donde se encuentra habilitado de la Red ofrecen el servicio de imágenes diagnosticas como apoyo de identificación de patologías presuntas. Los centros de salud no prestan este servicio.

HOSPITALES- IMÁGENES DX	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024
Hospital San Francisco de Fortul	1379	1758		
Hospital San Antonio de Tame	3997	3.663		
Hospital San Lorenzo de Arauquita	1430	2162		
Hospital San Ricardo Pampuri	521	390		
Hospital San Juan de Dios de Puerto R	340	476		
Hospital San José de Cravo N	215	254		
Centro Salud de Panamá de Arauca	0	0		
Centro Salud Juan Jesús coronel de Puerto Jordán	0	0		
Total, por trimestres	7.882	9.976		
Total, de trimestres hasta la fecha de 2024			17.858	

Fuente: Informes de Gestión Instituciones

- ✓ **Hospital San Antonio de Tame:** Se observa una alta producción de imágenes diagnosticas realizadas durante el primer trimestre fueron un poco altos, en comparación de estos últimos 3 meses del 2 trimestre de la vigencia 2024 demostrando que hubo baja atenciones por consulta externas y/o se relaciona el servicio de urgencias.
- ✓ **Centro de Salud de Panamá:** El servicio de Imágenes no se encuentra habilitado en centro salud Panamá.
- ✓ **Centro de Salud Juan Jesús coronel:** Este servicio no se encuentran disponible en este centro.
- ✓ **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** La tabla nos muestra un aumento del 51.10% con respecto al trimestre anterior, en la prestación de procedimientos en el área de radiología e imágenes diagnósticas, es de mencionar que cuando hay jornada de mamografías el servicio de radiología funciona de manera normal ya que se cuenta con dos radiólogos en el servicio, las disponibilidades son oportunas al llamado por lo que los médicos de urgencias han hecho un uso más significativo del servicio los fines de semana.

- ✓ **Hospital San Francisco de Fortul:** Por el servicio que más se solicitan las imágenes diagnosticas es el área de consulta externa con 1431 radiografías, seguido del área de urgencias con 322 imágenes diagnósticas.
 Entre la complementación del servicio técnico radiológico se hace el envío de las imágenes al especialista en radiología para la lectura según corresponda a solicitud médica, con la respectiva canalización y entrega del resultado a los usuarios.

- ✓ **Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el segundo trimestre del año 2024 se obtiene un total de **390** radiografías, en el mes de ABRIL (72) imágenes, en MAYO (69) imágenes; para el mes de JUNIO descendió la cifra a solo (249). Durante los meses de abril y mayo se contó con el apoyo de rayos x de los municipios de Fortul y Arauquita; para el mes de junio aumento significativamente la cifra ya que se reanudo el servicio.

- ✓ **Hospital San Juan dios Rondón:** Durante el trimestre se realizaron 4760 estudios de imágenes, lo cual corresponde a un 100%, durante el mes de ABRIL se realizaron 160 estudios, correspondientes al 33%. En MAYO realizaron 160, lo cual equivale al 34% de los estudios de imágenes realizados y en JUNIO se realizó el correspondiente al 33%. Cabe mencionar que hubo buen flujo de pacientes obteniendo un gran número de imágenes diagnosticas tomadas.

- ✓ **Hospital San José Cravo Norte:** De los resultados que se muestran en la tabla anterior, podemos inferir que durante todo el II trimestre de 2024 hubo un aumento ligeramente de alto rendimiento y productividad debido a la atención más detallada de consulta externa al solicitar estudios radiográficos para descartar posibles complicaciones en los pacientes. En el servicio de urgencias el aumento se debió a los problemas respiratorios y diferentes lesiones de los pacientes.

- ✓ **2 centros de salud Centro de Salud Panamá de Arauca y Centro de Salud Juan Jesús coronel** adscritos de la **ESE MORENO Y CLAVIJO** no se cuenta con la oferta del servicio.

❖ **TERAPIA RESPIRATORIA**

PRODUCCIÓN NUMERO SESIONES TERAPIA RESPIRATORIA	I TRIMESTRE 2024							II TRIMESTRE 2024							III TRIMESTRE 2024							IV TRIMESTRE 2024													
	C	S	H	H	H	H	H	C	C	H	H	H	H	H	C	C	H	H	H	H	H	C	C	H	H	H	H	H							
	S	P	T	S	F	S	R	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	J	A	A	J	J	J	P	J	P	A	J	J	J	J	J	P	A	J	J	J	J	J	P	A	J	J	J	J	J	P	A	J	J	J	J
	J			F	C	N		J	A	T	D	F	C	N	J	A	T	D	F	C	N	J	A	T	D	F	C	N	J	A	T	D	F	C	N

que los médicos no cargan de manera correcta la solicitud de las terapias respiratorias en el sistema, además de ello se presentan inconsistencias en el sistema salud 360 con respecto al consolidado de las terapias.

- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** En el comparativo del primer y segundo trimestre del año 2024 se puede observar que: La mayor producción se dio en el segundo trimestre con un 65% en con el primero que solo fue un 35 % para un total de 100%. Para el mes segundo trimestre se realizó canalización para Terapias respiratorias por el por el medico Carlos caraballo que se encontraba en el servicio de consulta externa y desde ahí logramos subir estas terapias. Para este trimestre no se presentaron eventos adversos.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el segundo trimestre del año 2024 se realizaron **1456** procedimientos; en relación con el primer trimestre en el área de terapia física y rehabilitación se evidencia aumento del procedimiento 98.9 % por la contratación con las diferentes EPS y la ESE MYC, la atención para estos pacientes se hace un poco en espera por la poca disponibilidad de tiempo y aumento de pacientes que requieren del servicio, de igual manera la necesidad para el área de fisioterapia en cuanto a la infraestructura física, el área donde se presta el servicio es pequeño, al igual que se hace necesario la dotación de equipos biomédicos para la atención de estos usuarios.
- **Hospital San José Cravo Norte:** En el II trimestre se realizaron 9 terapias respiratorias y según la demanda ordenada por los médicos, contamos con un profesional contratado 15 días por mes.

❖ TERAPIA FÍSICA

TERAPIAS FISICAS					
	HOSPITALES-CENTROS DE SALUD	1 TRIMESTRE 2024	2 TRIMESTRE 2024	3 TRIMESTRE 2024	4 TRIMESTRE 2024
1	HSFF- FORTUL	1179	1279		
2	HSRP- ESMERALDA	698	803		
3	HSTA- TAME	1205	1475		
4	CSPA- PANAMA	0	0		
5	CSJJC- PTO JORDAN	748	575		
6	HSJD- RONDON	346	327		
7	HSJCN- CRAVO NORTE	276	333		
8	HSLA- ARAUQUITA	1106	1151		
Total, por trimestre		4.810	5.943		
Total, de trimestres a la fecha de finalizar el 2024				10.753	

Análisis: Se observa para este 2024, según las gráficas de la estadística se observa 5.943 sesiones, para el 2 trimestre generando un acumulativo de 10.753 con lo que contempla la vigencia 2024; en la ESE departamental moreno y Clavijo, La fisioterapia, también conocida como terapia física, es una disciplina de ciencias de la salud que ofrece tratamiento y rehabilitación física para diagnosticar, prevenir y tratar síntomas. Este se enfoca en mejorar las habilidades motrices finas y gruesas, el equilibrio, la coordinación, la fuerza y la

resistencia. Las habilidades motrices gruesas incluyen actividades que utilizan los músculos más grandes del cuerpo, como rodar, caminar, correr o saltar.

- **Hospital San Antonio Tame:** En el segundo trimestre de 2024, se evidencia un aumento de la demanda de terapias físicas por consulta externa de un 38.2% con respecto al trimestre anterior, lo anterior por contratación con fidupervisora.
- **Hospital San Francisco de Fortul:** En el (II) trimestre de 2024, según las gráficas de la estadística se observa 1279 sesiones, en el área de terapia física, se observa un ascenso en la producción de este servicio con respecto al primer trimestre del año en curso, se ha estado aumentando la asistencia de los usuarios de la NUEVA EPS de régimen subsidiado y régimen contributivo al servicio de fisioterapia en el hospital, en estos momentos se está agendando usuarios de lunes a viernes, en el momento como estamos en temporadas de cambios climáticos los usuarios fallan es sus asistencias, no cancelan sus citas con anterioridad y se deja de atender usuarios que se encuentran en espera para hacer atendidos, el servicio cuenta con dos profesionales en fisioterapia una tiempo completo y la otra medio tiempo para ayudar a descongestionar la agenda en retraso desde meses anteriores, es importante aclarar se reseccionan los documentos de usuarios y cuando haya disponibilidad de horario se llaman, la asistencia de usuarios de Sanitas EPS, SOAT y por ARL son muy ocasionales, se hace énfasis en la atención humanizada con calidad, seguridad, autocuidado, responsabilidad, garantizando la satisfacción de los usuarios que asisten a fisioterapia por parte del profesional que brinda los servicios de salud.
 En la última semana del mes de junio 2024, se han presentado inconvenientes con la atención de usuarios en fisioterapia debido a la construcción, remodelación y adecuaciones que están realizando el hospital y nos hemos afectados por la no atención ya que están realizando trabajos en el área de fisioterapia. En el momento estamos a la espera de empezar a realizar la certificación de discapacidad con el equipo multidisciplinario de profesionales del hospital san francisco de Fortul conformado por el médico general, psicóloga, fisioterapeuta, se han presentado inconvenientes con la plataforma para ingresar y estamos deshabilitados por ese motivo estamos no se ha realizado la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad en el municipio de Fortul 2024.
- **Hospital San Lorenzo de Arauquita:** En el análisis del primer y segundo trimestre del año 2024, se puede observar que: Comparando el primer y segundo trimestre del año 2024 el mayor flujo de pacientes fue en el segundo trimestre representados en un 51%, mientras que el primer trimestre obtuvo un 49%. Al observar estos dos trimestres del 2024 se puede evidenciar que el mayor número de terapias físicas es por el servicio de consulta externa con un 100% respectivamente.
- **Hospital San Ricardo Pampuri:** Para el segundo trimestre del año 2024 se realizaron 803 sesiones respiratorias y nebulizaciones; donde se evidencian en el mes de Abril (47), Mayo (89) y Junio (27) para el servicio de hospitalización y para Consulta Externa se atendieron en Abril (6), Mayo (5) y Junio (4), además se realizaron Nebulizaciones en

Abril (172), Mayo (253) y Junio (200) en relación con el primer trimestre en el área de terapia respiratoria se evidencia aumento del procedimiento 99.6 %, por la contratación con las diferentes EPS y la ESE MYC, sin embargo, a partir de este nuevo trimestre los pacientes afiliados a la EPS NUEVA EPS, no contaron con el servicio de terapia respiratoria, pues deberán traer autorización y/o en su defecto esperar a que la EPS autorice dicho procedimiento durante su estancia hospitalaria.

- **Hospital San Juan de Dios:** Durante el segundo trimestre no se realizaron sesiones de terapias respiratorias. Por otro lado para las terapias físicas se contó con 327 sesiones realizadas, lo cual corresponde a un 100%, durante el mes de ABRIL se realizaron 115 terapias, correspondientes al 35%. En MAYO realizaron 115, lo cual equivale al 35% de las terapias realizadas y en JUNIO se realizó el correspondiente al 30%.
- **Hospital San José Cravo Norte:** En el II trimestre se realizaron 333 terapias físicas se realizan según la demanda ordenada por los médicos.
- **Centro de Salud Juan Jesús Coronel:** El servicio de fisioterapia en calidad de su prestación en los últimos tres meses puede depender en gran medida de la dedicación y la experiencia. Aunque pueda haber bajado en algún aspecto como la falta de dedicación o compromiso por parte de algunos usuarios ya sea por temas personales o laborales. De igual forma se brinda una atención de calidad por medio de atención personalizada, efectividad de los tratamientos o en la disponibilidad de material y equipamiento adecuado.

8.8 INFORME GESTION REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

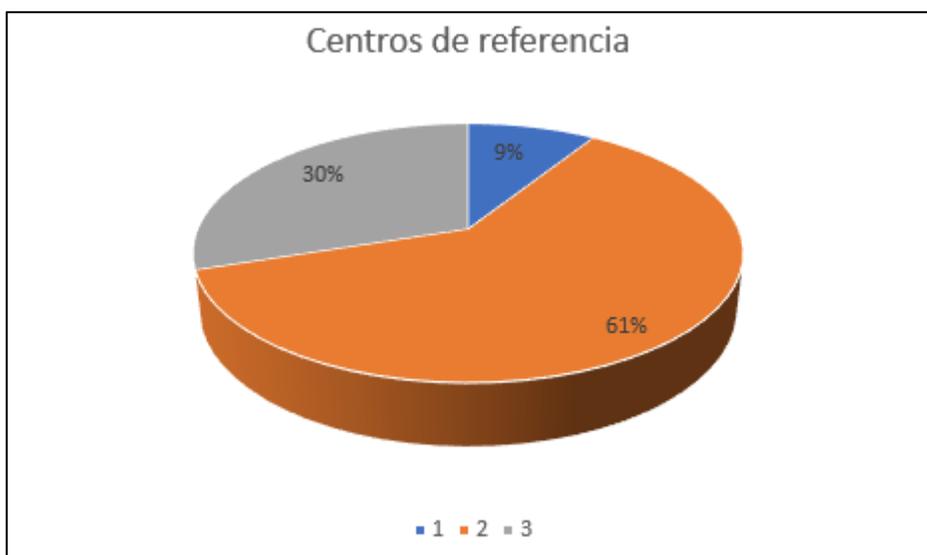
El presente informe unifica la totalidad de procesos de referencia y contrarreferencia de los hospitales y centro de salud de la ESE MORENO Y CLAVIJO, de los meses abril, mayo y junio del 2024.

Institucion	abril	mayo	junio	TOTAL
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	21	21	21	63
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL	55	55	55	165
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	266	282	282	830
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	104	104	104	312
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	25	35	35	95
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON	21	38	38	97
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	95	116	116	327
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	52	52	52	156

El Total de remisiones fue de 2045 en total, el 41% del total de las remisiones realizadas durante el II trimestre se realizaron desde el Hospital San Antonio de Tame, el 16% desde el hospital San Lorenzo de Arauquita, el 15% desde el hospital San Francisco de Fortul.

Siendo los tres con más alto índice de remisiones durante el trimestre. Los centros de salud Juan de Jesús coronel y Pampury reportaron el 8% respectivamente del total de las remisiones realizadas, Cravo Norte Y Puerto Rondón el 5% respectivamente y el centro de salud de Panamá realizo el 3% de las remisiones del trimestre.

Institucion	ESE	Sarare	HSVA
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	0	0	63
CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL	11	19	135
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	103	543	184
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	21	279	12
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE	36	0	59
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON		88	9
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA		193	134
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	21	123	12
Total	192	1245	608



✓ Hospital del Sarare, 2. Hospital San Vicente,3. ESE

En la tabla anterior se relación las remisiones realizadas a cada uno de los centros de referencia, incluyéndose las que se hicieron dentro de la mi red hospitalaria de la ESE. El mayor flujo de referencia fue hacia el hospital del Sarare, a donde se derivaron el 61% de las remisiones, el 30% al hospital San Vicente de Arauca y el 9% se derivaron a hospitales de la misma red.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 251 de 279

SEGURIDAD DE L PACIENTE

Todo el programa de seguridad del paciente está dirigido con el conjunto de procesos estructurado basado en evidencia científica que busca siempre proteger la integralidad de la entrega de un buen servicio; que esta entrelazado a generar la continuidad de actividades de servicio ofertado a nuestros usuarios, con el fin de dar calidad de atención hacemos la propagación de las actividades que están dirigidas desde la política de seguridad institucional, y gracias a nuestros referentes en las instituciones que con su trabajo intensifican el buen uso de las practicas seguras a nuestros usuarios.

El compromiso institucional es de todos y todos trabajamos cada día mejorar las prácticas en cada proceso y/o procedimiento asistencial.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 252 de 279

- **ANÁLISIS 2 TRIMESTRE 2024:** Fueron 133 Acciones inseguras sumadas en el 2 trimestre obteniendo 2 caídas en los servicios de hospitalización (1 en el mes de abril, en el hospital san lorenzo de Arauquita de un adulto mayor con abandono social, y la otra caída es el mes de junio categorizada como incidente de acuerdo al bajo compromiso con adulto mayor solo en su habitación) quedan sin atribución en el sistema de resolución 256 de 2016, y sin más atribuciones de casos, se debe tener en cuenta que para este trimestre contamos con solicitudes de la Eps sanitas para caso extraoficiales 2 en mayo y 2 en el mes de junio con descarte con sus herramientas de protocolos, planes de mejoramiento y seguimiento, 1 caso de análisis de reacción adversa a vacuna por PAI Y FARMACOVIGILANCIA.

- **INDICADORES DE GESTIÓN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:**
 - ✓ **N° de charlas educativas dadas a los pacientes y sus familiares para la mejora de la seguridad en la prestación del servicio/ total de charlas educativas programadas *100:** Mensualmente se está cumpliendo con la información a los usuarios y sus familias por medio de las siguientes estrategias, cartelera informativa, boletines en página web, folletos.

 - ✓ **N° de comités de Seguridad del Paciente realizados / Total de comités de Seguridad del paciente programado *100:** 3/3 cumplimiento al 100% según la circular 001 de 2024.

 - ✓ **N° de comités de Seguridad del Paciente realizados / Total de comités de Seguridad del paciente programado *100:** Para el trimestre se totaliza así 133 acciones inseguras reportadas / 4 acciones categorizadas incidente o evento adverso: **Resultados** En cada Hospital se realiza la referenciación del trabajo mancomunado y apoyado por todos los trabajadores esto con el fin de la mejora continua de nuestras instituciones.

- **CUMPLIMIENTO DE LOS COMITÉS:** Durante el segundo semestre del 2024 en cada Hospital y Centros de salud realiza mes a mes los Comités de seguridad del paciente, se realiza bajo la resolución 259 de 2021 en el cual se realiza socialización de las acciones inseguras de cada mes en la cual se identifica eventos adversos. De acuerdo a la circular 001 de 2024 con la propuesta de las socializaciones de temas de gran importancia incluyendo adherencia con análisis de las respuestas con el fin de medir conocimientos. Esta estrategia de comités se viene realizando por medio de Link de conexión y link para asistencias y las adherencias.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 253 de 279

- **CUMPLIMIENTO DE COMITES EXTRAORDINARIOS:** En estos casos se realizan revisiones institucionales, análisis de casos, aplicación de herramientas investigativas con revisión de descargos individuales, estas acciones que se realiza estratégicamente con el fin de mejoras futuras; para el trimestre se realizaron planes de mejoramiento con sus respectivos seguimientos.

8.8 INFORME GESTION FARMACIA Y APOYO TERAPEUTICO

ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO.

Para el II trimestre se realiza Otro si a los contratos iniciales con objeto de suministro de medicamentos y Material Médico Quirúrgico por un valor total entre ambos de CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MILLONES OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS m/cte. (\$495.082.300), según necesidades de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a la entidad. En su recepción técnica realizada se verifica que cumplan con las especificaciones requeridas, tales como condiciones físicas, técnicas, fechas de vencimiento, registro sanitario y demás plasmado en las cláusulas del contrato.

Vigencia	Tipo de Contrato	No de Contrato	Contratista	Representante Legal	Objeto del Contrato	Suscripción del Contrato	Valor del Contrato
2024	Suministro	003-0018 de 2024	DANGROUP DISTRIBUCIONES (NIT. 901387218-8)	CELMIRA CEDEÑO MEDINA	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO.	15/02/2024	CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL CINCUENTA PESOS ML/CTE (\$499.920.050)
					OTROSI	10/05/2024	DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MILLONES CIENTO SESENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS ML/CTE (\$246.160.950)

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 254 de 279

Suministro	003-0022 de 2024	INSUPHARMA DISTRIBUCIONES SAS (NIT. 901445412-1)	CAMILO ANDRES DURAN CARREÑO	SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO PARA LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO.	22/02/2024	CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS ML/CTE (\$499.990.450)
OTROSI					21/05/2024	DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES NOVECIENTOS VEINTI UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS ML/CTE (\$248.921.350)

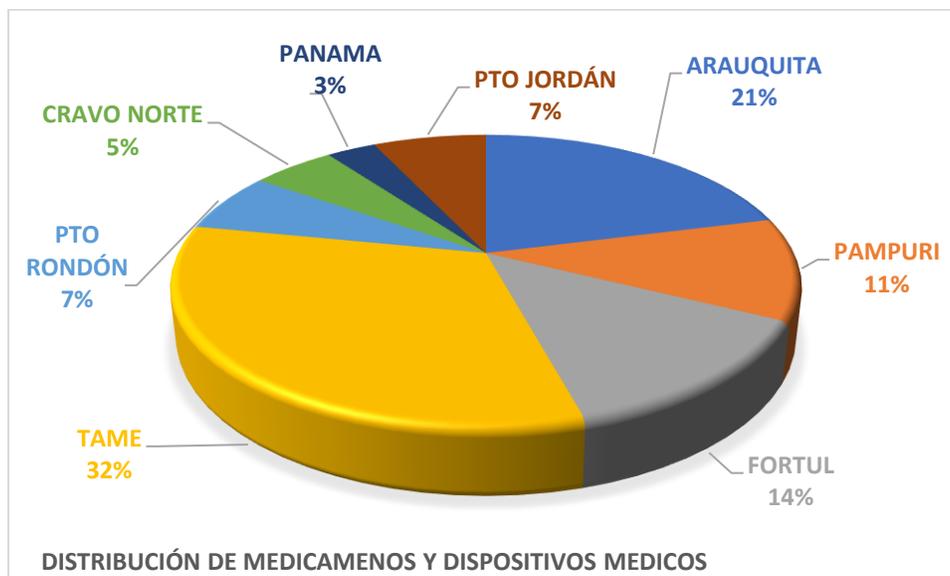
CUADRO No 1

1. DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS POR SEDE CENTRAL SEGÚN NECESIDADES DE CADA HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD.

La distribución de los medicamentos y dispositivos médicos, se realiza de manera mensual por parte de la sede central, a continuación, se muestra la sumatoria de la distribución total según solicitud de necesidades de cada hospital y centro de salud adscrito a la institución.

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	ABRIL	MAYO	JUNIO	Total
1	ARAUQUITA	\$ 27.393.460	\$ 31.256.723	\$ 49.117.721	\$ 107.767.904
2	PAMPURI	\$ 21.473.351	\$ 14.129.126	\$ 22.470.022	\$ 58.072.499
3	FORTUL	\$ 22.086.043	\$ 18.492.121	\$ 28.164.436	\$ 68.742.600

4	TAME	\$ 48.513.297	\$ 46.750.473	\$ 70.665.378	\$ 165.929.148
5	PTO RONDÓN	\$ 7.292.555	\$ 12.048.859	\$ 14.439.595	\$ 33.781.009
6	CRAVO NORTE	\$ 3.787.768	\$ 6.275.216	\$ 16.533.323	\$ 26.596.307
7	PANAMA	\$ 4.107.500	\$ 5.797.169	\$ 5.800.210	\$ 15.704.879
8	PTO JORDÁN	\$ 10.952.947	\$ 9.215.962	\$ 15.872.428	\$ 36.041.337
TABLA No 1					\$ 512.635.683



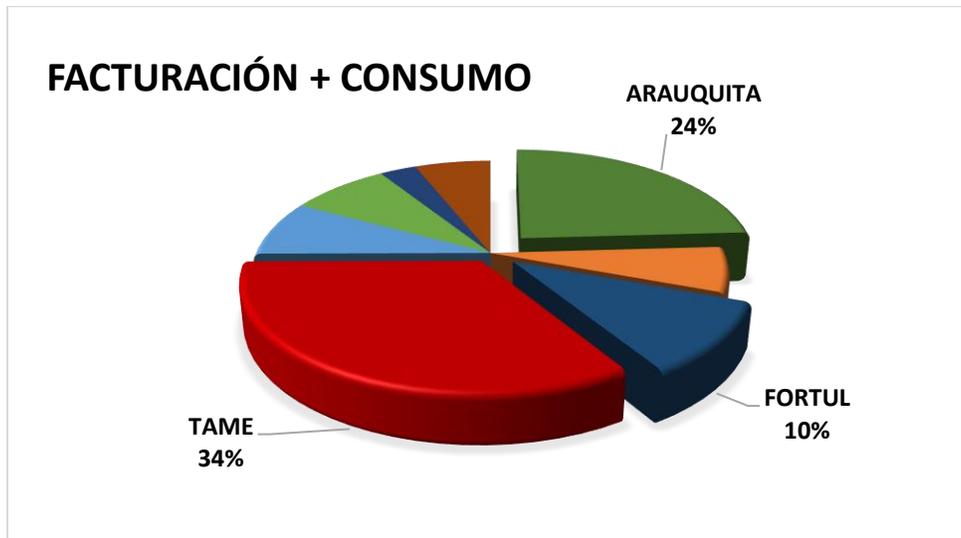
Se observa que para el II trimestre el Hospital San Antonio de Tame con un 32% es quien realiza por medio de su servicio farmacéutico la distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos a las diferentes áreas de la institución, además de los puestos de salud aledaños al municipio, también se ofrecen servicios de Cirugías ambulatorias como (Pomeroy y Vasectomía), cabe resaltar que es la IPS con mayor población de la red hospitalaria; a la cual se le garantiza junto a los otros 5 hospitales y 2 centros de salud un adecuado y completo abastecimiento para la buena prestación de los servicios de salud, seguido están los Hospitales de Arauquita con un 21% y Fortul con un 14%, quienes también tienen volumen de población.

2. SEGUIMIENTO DE CONSUMO Y FACTURADOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS POR SEDE CENTRAL SEGÚN NECESIDADES DE CADA HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 256 de 279

Se realiza seguimiento y registro a las salidas que generan los Hospitales y Centros de salud en cuanto a su facturación y salidas de los medicamentos y dispositivos médicos entregados por consumo (No facturados).

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	ABRIL	MAYO	JUNIO	Total
1	ARAUQUITA	\$ 44.408.303	\$ 32.442.313	\$ 43.898.476	\$ 120.749.092
2	PAMPURI	\$ 9.595.630	\$ 10.333.667	\$ 12.905.362	\$ 32.834.659
3	FORTUL	\$ 15.913.155	\$ 19.008.710	\$ 17.798.272	\$ 52.720.137
4	TAME	\$ 58.720.135	\$ 53.949.963	\$ 56.613.957	\$ 169.284.055
5	PTO RONDÓN	\$ 14.503.865	\$ 14.126.155	\$ 11.587.203	\$ 40.217.223
6	CRAVO NORTE	\$ 11.786.615	\$ 13.631.045	\$ 14.972.769	\$ 40.390.429
7	PANAMA	\$ 5.207.804	\$ 3.943.299	\$ 5.646.904	\$ 14.798.007
8	PTO JORDÁN	\$ 11.147.172	\$ 7.171.998	\$ 12.116.946	\$ 30.436.116
TABLA No 2					\$ 501.429.718



Se observa en la tabla # 2, que el consumo del Hospital San Antonio de Tame con un 34% incremento un 4% al trimestre anterior, se realiza seguimiento a la facturación de manera mensual con el fin de cruzar información y verificar que todo lo prescrito y entregado por el servicio de farmacia concuerde con lo que se factura.

3. SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA.

Se realiza seguimiento al programa Institucional de Farmacovigilancia, el cual tiene como objetivo la identificación, evaluación y gestión de los reportes de eventos o reacciones adversas asociados con la seguridad de los medicamentos una vez salen al mercado y finalizan con su administración en cada uno de nuestros pacientes de la red hospitalaria o su baja por vencimiento. A continuación, se relacionan los reportes realizados durante el II trimestre 2024.

ITEM	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	ABRIL	MAYO	JUNIO	Total	EPS
1	TAME	2			2	SANITAS EPS

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 258 de 279

Se continua con las capacitaciones a todo el personal que ingresa a la institución, se les habla del Programa de Farmacovigilancia, de su importancia para minimizar posibles reacciones o eventos adversos con medicamentos, a su vez se explica el engranaje que este tiene con el Programa de Seguridad del paciente y que cualquier reporte realizado al link de seguridad del paciente, deberá reportarse a la líder de farmacovigilancia.

La falta de cultura por parte del personal asistencial, se refleja en el reporte para este trimestre. Mostrando solo un (1) hospital de ocho (8) que tiene la red hospitalaria reportando, estos fueron reportes no serios.

- Para este trimestre se recibe asistencia técnica por parte de la unidad administrativa de salud de Arauca de forma virtual los días 1 y 20 de abril de 2024 de Farmacovigilancia link <https://meet.google.com/ehi-aufz-gdo>.
-
- Capacitación del INVIMA de forma presencial en la UAESA el día 24 de mayo de 2024.
- Se revisa plataforma del INVIMA de las alertas sanitarias para medicamentos, las cuales no nos aplica al stock manejado en cada institución, pero de igual manera se dan a conocer en las carteleras informativas.

4. SEGUIMIENTO A LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS VENCIDOS EN LA RED HOSPITALARIA.



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 259 de 279

Se realiza reporte de los medicamentos y dispositivos medicos dados de baja por vencimiento o deterioro. Se evidencia que el Hospital San Jose de Cravo norte sigue con un incremento esta vez del 36%. Se justifica que por su distancia con los otros Hospitales y Centros de salud no tiene una constante rotación. Como observación se recomienda al personal asistencial tener sentido de pertenencia ya que hay medicamentos e insumos que se pueden rotar en otras areas.

4. RECOMENDACIONES

1. Garantizar un entorno hospitalario en el que la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente sean fundamentales.
2. Establecer Procedimientos y Protocolos Estandarizados para así proporcionar reducción de variabilidad y disminución de errores.
3. Proporcionar Capacitación Continua del Personal garantizando que estén preparados para brindar atención de alta calidad y se mantengan al día con los avances en medicina.
4. Recopilación y Análisis de Datos ya es fundamental para la toma de decisiones.
5. Optimizar la Gestión de Recursos para satisfacer las necesidades de atención médica de manera efectiva y se evite el desperdicio de recursos.
6. Establecer una Comunicación Efectiva estableciendo canales de comunicación claros y eficaces entre el personal médico, administrativo y los pacientes.
7. Fomentar la búsqueda constante de mejores prácticas y enfoques para la atención médica.
8. Promover la cultura de seguridad y notificación del programa Paciente.

5. CONCLUSIONES

Durante el II trimestre de la vigencia 2024, se propone al cumplimiento de los objetivos trazados con el fin lograr brindar unos servicios de salud con calidad. Logrando resultados positivos en diversas áreas de las instituciones de la RED HOSPITALARIA, evidenciando el progreso en la prestación de servicios de salud.

En cuanto a la demanda del servicio en este segundo trimestre de la vigencia 2024 se presenta aun la estrategia de entrega con los equipos básicos en salud con el fin de satisfacer la necesidad y mejorar el bienestar de nuestras comunidades.

En resumen, nuestra entidad tiene avances significativos generando el cumplimiento de sus objetivos, ofreciendo servicios de calidad y enfrentando los desafíos de manera efectiva.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 260 de 279

CONCLUSION PYM

- ✚ Implementar más estrategias hasta que se cumpla con la captación de gestantes por encima del 85% oportunamente antes de las 10 semanas de gestación.
- ✚ Llevar a cabo registro de la producción realizada en el área extramural y el área intramural.
- ✚ Caracterizar toda la población atendida para actualizar bases de datos en los sistemas de información.
- ✚ Llevar a cabo los programas radiales en cada uno de los municipios donde opera la red hospitalaria, haciendo énfasis en la importancia que la mujer gestante ingrese antes de las 10 semanas de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad materna y perinatal.
- ✚ Brindar todos los servicios de salud con calidad y calidez y verificar que cada usuario atendido cumpla con el criterio de integralidad de la ruta.
- ✚ Realizar capacitaciones continuas en cada uno de los hospitales para recalcar lo estipulado en la resolución 3280 de 2018.
- ✚ Establecer parámetros de control que nos permitan dar seguimiento al riesgo individual del usuario, cumplimiento con los tiempos establecidos de acuerdo a normatividad vigente.
- ✚ Realizar visitas de acompañamiento y auditorias permanentes en cada uno de los municipios donde opera la red.
- ✚ Informar a la ERA cuando no se pueda encontrar un usuario a través de los correos electrónicos. Así mismo aquellos usuarios que no se encuentran dentro del departamento para que se realice la gestión administrativa de traslado o según el caso que corresponda.

RESULTADOS DE PYM

- Se continúan las brigadas de salud extramural de manera periódica en toda la red hospitalaria de la ESE.
- Se continúa siendo pioneros con el cumplimiento de la toma de colposcopias + biopsias en toda la red hospitalaria.
- Se logró posesionar el servicio de Ginecoobstetricia en toda la red hospitalaria de la ESE.
- Se fortaleció contractualmente la toma de los laboratorios clínicos de segundo nivel de atención, que complementan las rutas integrales de atención en salud.
- Se establecieron planes de mejora para dar cumplimiento a las metas establecidas.
- Se implementaron estrategias de atención los días sábados, para dar cumplimiento al programa PAPSIVI de forma integral.

8.8 INFORME DE GESTION SISTEMAS DE INFORMACION

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 261 de 279

INTRODUCCIÓN

La ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo adoptó el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2024, dentro de la cual incorporando el componente Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información, y concordando el mapa de riesgos de corrupción conforme con la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción.

Este componente busca diseñar, promocionar e implementar la política de Acceso a la Información Pública en todas las sedes de la entidad; cabe anotar que este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública, según la cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo control de los sujetos obligados de la Ley.

Dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 103 del 20 de enero de 2015, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones ", La ESE Moreno y Clavijo presenta el informe de solicitudes de acceso a la información pública por los canales de atención disponibles, incluyendo los siguientes temas: Número de solicitudes recibidas. El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. El tiempo de respuesta a cada solicitud. El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.

RESULTADOS

Realizar informe de solicitudes de acceso a la información que contenga: el número de solicitudes recibidas, el número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta a cada solicitud y el número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.

Durante la vigencia 2024 la ESE Moreno y Clavijo recibió a través de los distintos canales dispuestos para tal fin, cuarenta y dos solicitudes de información, las cuales fueron aceptadas y atendidas internamente dentro de los términos de ley, teniendo en cuenta que durante el 2022 se expide la Ley 2207 de 2022 del 17 de mayo del 2022, por medio de la cual se modifica el artículo 5 del Decreto 491 de 2020, donde se derogaron los términos especiales para dar respuesta a las peticiones y se retornan a las reglas determinadas en la Ley 1437 de 2011, restableciendo los términos habituales previstos, para que las entidades den respuesta a las peticiones de la ciudadanía, los cuales son de quince (15) días siguientes a su recepción salvo algunos casos excepcionales. En atención a lo

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 262 de 279

anterior fueron atendidos los derechos de petición dentro de los plazos establecidos, lo que indica la eficiencia en el trámite de respuesta al peticionario (ver Gráfica No. 1).

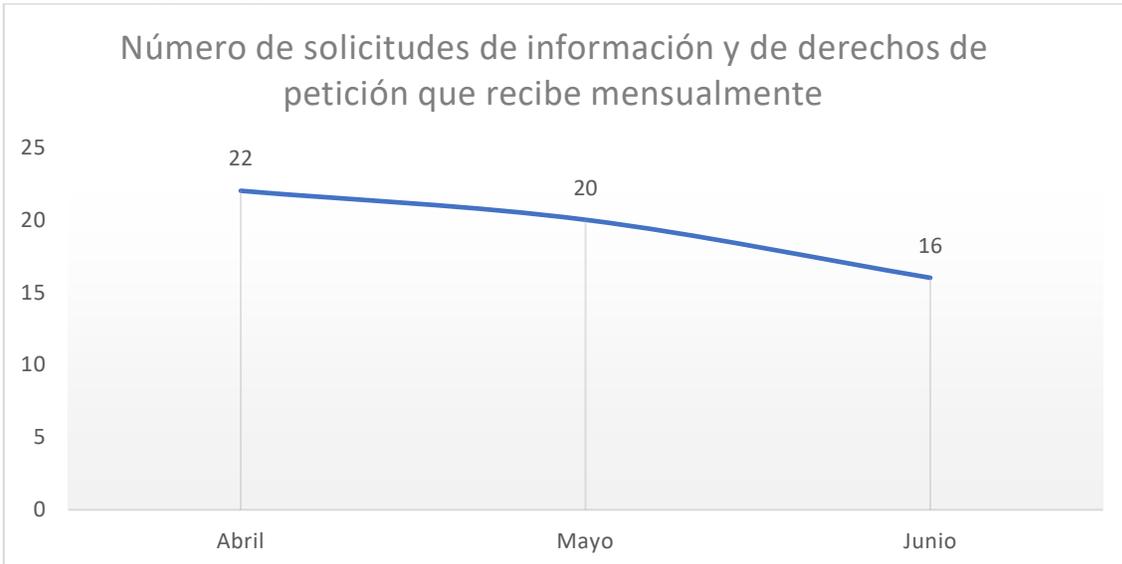
La ESE Moreno y Clavijo cuenta con diversos canales de atención para que los ciudadanos formulen y presente sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias; la Dependencia de la ESE realiza seguimiento a estos canales de atención, encontrando que las solicitudes de información presentadas fueron radicadas mediante correo electrónico institucional.

1.1. Seguimiento a las Solicitudes de Acceso a la Información

Número de solicitudes recibidas mensualmente:

Abril	22
Mayo	20
Junio	16

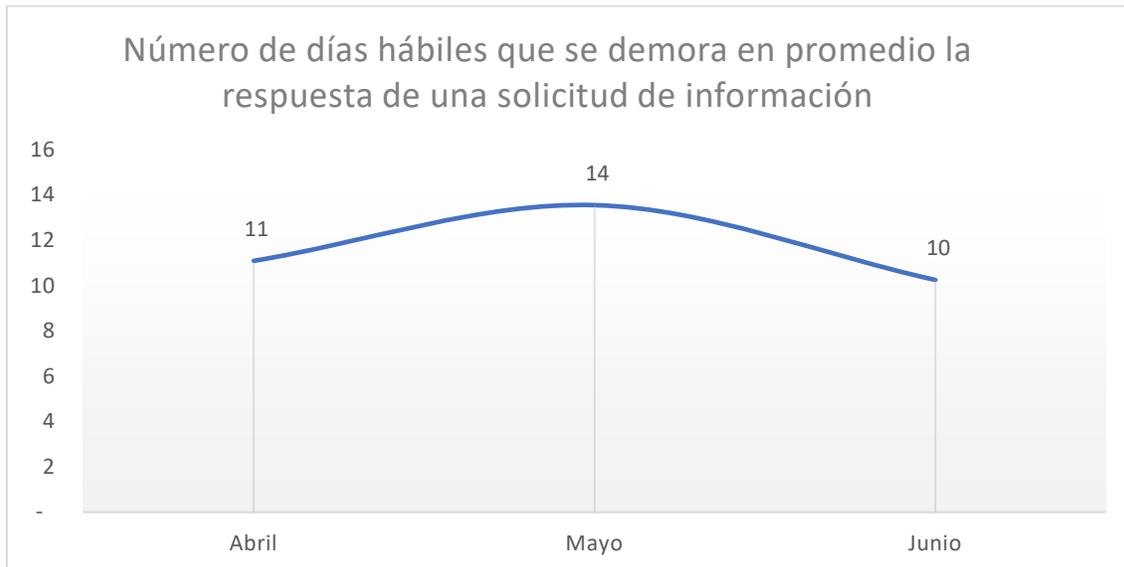
Total Trimestre: 58



Número de días hábiles que se demora en promedio mensualmente:

Abril	11
Mayo	7
Junio	14

Promedio Trimestre: 12 días hábiles.



Número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa:

Abril	0
Mayo	0
Junio	0

Total Trimestre: 0

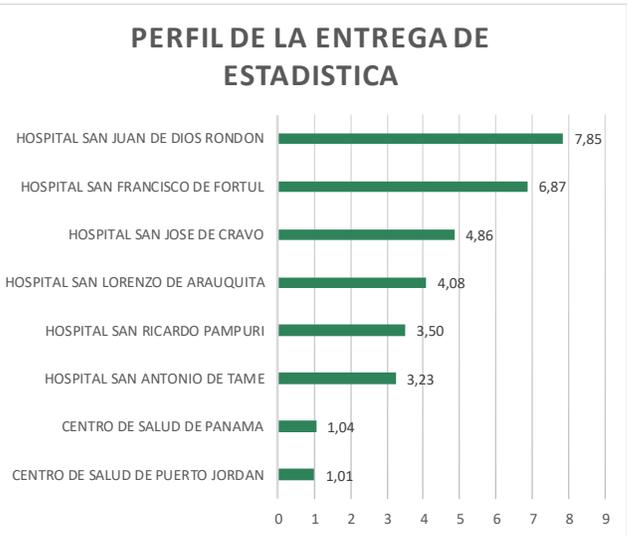
Número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución

Abril	0
Mayo	0
Junio	0

Total Trimestre: 0

Oportunidad en la Entrega de Información

Clasificación en entrega de Informes		
Lista	Unidad Asistencial	
7,9	★ 1 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RONDON	
6,9	★ 2 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	
4,9	★ 3 HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO	
4,1	★ 4 HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	
3,5	★ 5 HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	
3,2	☆ 6 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	
1,0	☆ 7 CENTRO DE SALUD DE PANAMA	
1,0	☆ 8 CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	



Base de Datos de Sistemas de Información

De acuerdo a las fechas programadas, el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RONDON fue quien entrego con mejor oportunidad los datos de su unidad asistencial, seguido de HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL y de HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO quienes, al comprobar las fechas de entrega, entregaron con varios días de anticipación al vencimiento, lo que permitió verificar y afinar la calidad de los reportes de la ESE Moreno y Clavijo.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 265 de 279

Unidad Asistencial	Indicador	Oportunidad
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RONDON	7,99	100%
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	7,01	100%
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO	5,00	100%
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	4,23	100%
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI	3,64	95%
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	3,38	76%
CENTRO DE SALUD DE PANAMA	1,19	62%
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDAN	1,06	56%
TOTAL E.S.E. MORENO Y CLAVIJO	4,19	86%

Base de Datos de Sistemas de Información

Del mismo modo se puede observar que la mitad de los hospitales tienen un 100% de oportunidad en la entrega de informes, sin embargo, a pesar de ello se ha podido dar cumplimiento con los tiempos acordados.

El Hospital San Juan De Dios Rondón envió en promedio 8 días antes de la fecha esperada.

El Hospital San Francisco De Fortul envió en promedio 7 días antes de la fecha esperada.

El Hospital San José De Cravo envió en promedio 5 días antes de la fecha esperada.

El Hospital San Lorenzo De Arauquita envió en promedio 4 días antes de la fecha esperada.

El Hospital San Ricardo Pampuri envió en promedio 4 días antes de la fecha esperada.

El Hospital San Antonio De Tame envió en promedio 3 días antes de la fecha esperada.

El Centro De Salud De Panamá envió en promedio 1 día antes de la fecha esperada.

El Centro De Salud De Puerto Jordán envió en promedio 1 día antes de la fecha esperada.

En Promedio la ESE Moreno y Clavijo Entrega Información con 4 días de anticipación a lo esperado.

RECOMENDACIONES

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 266 de 279

- Importante seguir fomentando el uso de la página web de la entidad, a fin de facilitar la oportunidad y comodidad de los ciudadanos para tener acceso a la información institucional.
- Seguir las recomendaciones de Gestión Documental al momento de archivar la información en los expedientes.
- Continuar con el cumplimiento de los términos establecidos para dar respuesta a las solicitudes.

9 INFORME DE GESTION JURIDICA

INTRODUCCION

El presente informe fue elaborado con corte al 30 de junio, iniciando desde el primero de enero del año en curso, el cual contiene las gestiones que se vienen adelantando por parte de la Oficina Asesora Jurídica de la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno & Clavijo, en el desarrollo de su Plan de Acción Anual y los Planes Operativos Anuales por dependencia.

Teniendo en cuenta los puntos estratégicos definidos en el Plan de Acción anual, y explica los avances de sus objetivos estratégicos y las acciones que la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno & Clavijo ha venido trabajando este trimestre desde la Oficina Asesora Jurídica. Los puntos estratégicos son los temas definidos por la alta dirección de la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno & Clavijo, en los cuales la entidad se enfocará y los objetivos estratégicos son las líneas estratégicas de acción en los enfocados lograr la visión en la presente anualidad.

Para lograr los objetivos estratégicos se establecieron acciones a través del Plan Operativo Anual de la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno & Clavijo; Es importante destacar que los puntos estratégicos, los objetivos y las acciones desarrolladas por la entidad correspondieron a un ejercicio de planeación estratégica encaminadas al cumplimiento del objetivo de la entidad, que para el caso concreto de la dependencia a mi cargo- Oficina Asesora Jurídica, consiste en "... el diseño de estrategias, planes y acciones dirigidos a dar cumplimiento a las políticas de defensa jurídica de la Nación y del Estado definidas por el Gobierno Nacional; la formulación, evaluación y difusión de la políticas en materia de prevención de las conductas antijurídicas por parte de servidores y entidades públicas, del daño antijurídico y la extensión de sus efectos, y la dirección, coordinación y ejecución de las acciones que aseguren la adecuada

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 267 de 279

implementación de las mismas, para la defensa de los intereses litigiosos de la Nación”

OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

Brindar asesoramiento jurídico y representar los asuntos judiciales y extrajudiciales para la defensa jurídica de la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno & Clavijo Contratar oportunamente la adquisición de bienes o servicios que garanticen la prestación de servicios de salud, por medio de la selección, evaluación y cumplimiento de los objetos y obligaciones contractuales.

De acuerdo a lo mencionado en la introducción, el Plan de Acción Anual de la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno & Clavijo es una herramienta que permite hacer el seguimiento y monitoreo año a año en la consecución de los PUNTOS estratégicos que se ha trazado la E.S.E. Departamental de Primer Nivel Moreno & Clavijo, para desarrollar, y se construye de manera agregada con el fin de medir el impacto de la gestión de la entidad en la obtención de los objetivos estratégicos trazados para el 2024.

En lo que respecta a la Oficina Asesora Jurídica- Gestión jurídica y Contratación como programa le corresponden a la estrategia “Adherencia de políticas”, la cual en el Plan Estratégico Institucional 2024-2027.

❖ GESTIÓN JUDICIAL,

El presente informe presenta las principales actividades de representación judicial que ha desarrollado la Oficina Asesora Jurídica ante las autoridades competentes, en pro de los intereses de la E.S.E. Moreno y Clavijo, durante el periodo comprendido desde el mes de abril, a junio de 2024, las cuales se describen a continuación

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 268 de 279

ITEM	RADICADO PROCESO	TIPO DE PROCESO O ACCION	CLASE DE ACTUACION	FECHA DE ACTUACIÓN
1	2024-00007-00	Nulidad Y Restablecimiento Del Derecho	<ul style="list-style-type: none"> Se radicó Contestación De Demanda dentro del proceso de Nulidad Y Restablecimiento Del Derecho, promovido por la señora ZULMA TRINA GOMEZ. 	16/05/2024

❖ TUTELAS

RADICADO	JUZGADO	ACCIONANTE	ACCIONADO	DERECHO FUNDAMENTAL INVOCADO
81-794-40-89-002-2024-00095-00	Juzgado Segundo Promiscuo Municipal De Tame.	MAURICIO ANDRÉS ORTEGA PABÓN	ESE MORENO Y CLAVIJO	Derecho De Petición
817363184001-2024-00233-00	Juzgado Promiscuo De Familia De Saravena.	PERSONERÍA DE SARAVENA EN CALIDAD DE AGENTE OFICIOSO DE EL SEÑOR RAMIRO BAEZ CHAVEZ	ESE MORENO Y CLAVIJO	Servicios De Salud
05 001 40 03 020 2024 00592 00	Juzgado Veinte Civil Municipal De Oralidad De Medellín	Verónica María Molina Vélez	ESE MORENO Y CLAVIJO	Derecho De Petición
54-001-31-09-008-2024-00110-00.	Juzgado Octavo Penal Del Circuito Con Función De Conocimiento Cúcuta- Norte De Santander.	CARMEN DANIELA MONSALVE ALMENARES	ESE MORENO Y CLAVIJO	Servicios De Salud
81-794-40-89-002-2024-00188-00	Juzgado Segundo Promiscuo Municipal De Tame.	NERLIS MARÍA NÚÑEZ ZAPATA	ESE MORENO Y CLAVIJO	Servicios De Salud
81-794-89-003-2024-00205-00	JUZGADO TERCERO PROMISCOU MUNICIPAL DE TAME, ARAU	IBERTH JONNEY AGUIRRE PÉREZ	ESE MORENO Y CLAVIJO	Servicios De Salud

❖ GESTIÓN DISCIPLINARIA,

Para el II trimestre del año 2024, se dio apertura de dos (02) indagaciones preliminares

GESTION DISCIPLINARIA	ACTUACIONES	PERIODO
QUEJAS 2	INDAGACION PRELIMINAR	AÑO 2024

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 269 de 279

❖ **GESTIÓN CONTRACTUAL,**

Para el II Trimestre del año 2024, se suscribió bajo las diferentes modalidades de contratación de acuerdo a las necesidades planteadas para el cumplimiento de nuestro objeto social, teniendo en cuenta los estudios de conveniencia y oportunidad, así como el manual de contratación que constituye el punto de partida para iniciar la etapas precontractual, contractual y post contractual con observancia de los principios que deben imperar en la contratación del sector salud, teniendo en cuenta la naturaleza de la entidad.

TIPO DE CONTRATO	NUMERO DE CONTRATO
COMPRAVENTA	08
SUMINISTRO	08
PRESTACION DE SERVICIOS	11
OBRA	1
SEGUROS	0
CONSULTORIA	1
TOTAL	29

Se allegaron a la Oficina Asesora Jurídica, en total (29) Estudios previos de conveniencia y oportunidad, de los cuales se suscribieron en total (29) contratos., adelantándose el proceso contractual en un 100%.

❖ **GESTION PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

Finalmente, en cuanto a las peticiones, la oficina Asesora Jurídica atendiendo a lo señalado en el Decreto 1755 de 2015, y en aras de hacer efectivo el derecho fundamental de petición, consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional, Decreto 491 de 2020 y resolución 378 del le dio trámite a los derechos de petición, dentro de los términos legales, y con el fin de continuar con el mejoramiento continuo en los procesos de la entidad, se efectuaron revisiones a todos los contratos de Prestación de Servicios del personal, así como a las Certificaciones laborales.

En el II Trimestre de la vigencia 2024, se allegan a la oficina asesora jurídica (14) derechos Peticiones, a las cuales se les dio respuesta dentro del tiempo legal.

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 270 de 279

CLASE DE PQRS	NUMERO DE PQRS
DERECHOS DE PETICION	14

Así mismo, se efectuaron revisiones a las Resoluciones y demás actos administrativos.

10 INFORME DE GESTIONCONTROL INTERNO

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de gestión, contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de la E.S.E Moreno y Clavijo; a través de un ejercicio independiente y objetivo de evaluación y asesoría enmarcada en las funciones establecidas en la ley 87 de 1993 para el cumplimiento de la misión institucional.

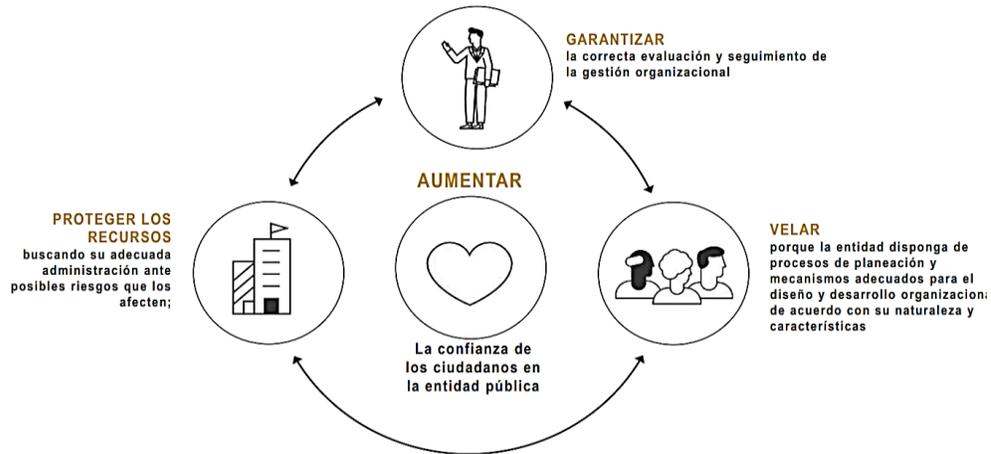
El sistema de Control Interno es el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos se realicen de acuerdo con las normas, las políticas trazadas por la dirección y las metas u objetivos previstos.

Es preciso señalar, que la oficina de Control Interno de Gestión, enmarca su gestión en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, adoptado mediante el Decreto 1499 del 11 de septiembre del 2017, el cual está compuesto por siete (7) dimensiones y diecinueve (19) políticas de gestión y desempeño institucional. Particularmente, la efectividad del sistema de control interno se materializa en la dimensión siete (7) denominada Control Interno, la cual están articulada con cinco componentes: ambiente de control, gestión de riesgos, actividades de control, información y comunicación y monitoreo.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 271 de 279

3. OBJETIVOS

Objetivos del Sistema de Control Interno



DESARROLLO DEL INFORME:

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

Roles Oficina de Control Interno o quien haga sus veces



	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 272 de 279

- Liderazgo Estratégico

A través de este rol las unidades de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, se convierten en soporte estratégico para la toma de decisiones del nominador y del representante legal, agregando valor de manera independiente, mediante la presentación de informes, manejo de información estratégica y alertas oportunas ante cambios actuales o potenciales que puedan retardar el cumplimiento de los objetivos de la entidad. Por lo anterior durante el semestre del 2024 se realizan las siguientes actividades:

- Se hizo Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en el mes de enero 2024 con el fin de socializar el Plan anual de auditorías 2024, para su posterior aprobación.
- En el mes de mayo 2024, se realizó el segundo CICCI, dando a conocer los resultados del primer seguimiento al PAAC, igualmente se recordó la importancia del manual de conflicto de intereses, como herramienta básica orientada a fomentar comportamientos íntegros preventivos en el personal.
- Seguimiento al cumplimiento de indicadores, según caracterización de cada proceso de la entidad.
- En las dos reuniones de CICCI, se recordó la importancia de la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF y el Código de Conducta y de Buen Gobierno, en la entidad.
- Socialización del Manual del Esquema de Líneas de Defensa de la entidad.
- Se realizó diligenciamiento del Furag 2023 (MECI) en el mes de mayo 2024.

- Enfoque hacia la Prevención

La oficina de Control interno fomenta la cultura del autocontrol, brinda asesoría y formula recomendaciones con alcance preventivo a la dirección, facilitando la toma de decisiones y la mejora continua.

- Participación en Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité de Coordinación de Control Interno, Comité de Conciliaciones, Seguimiento a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de la vigencia 2023, Asesorías en la formulación de planes de mejoramiento de acuerdo a las auditorías internas realizadas.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 273 de 279

- Se realizaron importantes recomendaciones en el informe del primer seguimiento del PAAC con el fin de ser tenidas en cuenta por la entidad.
- En el proceso de inducción al personal que ingresa a la entidad, se brindó charla en tema de Control Interno, cultura de Autocontrol (Tips y recomendaciones).
- Se contribuyó en el logro de cierre de plan de mejoramiento por parte de la Contraloría departamental de Arauca, respecto a la vigencia 2023.
- En el segundo trimestre de hizo seguimiento a Comités y Políticas Institucionales, con el fin de verificar el cumplimiento de lo establecido en los Actos Administrativos por medio de los cuales se crea o modifica los Comités Institucionales / las políticas de la ESE en aras de efectuar seguimiento al cumplimiento su gestión y generar recomendaciones que permitan mejorar el desarrollo, funcionamiento y ejecución de estos.
- Igualmente, en el CICCI se expusieron temas de importancia para la entidad como:
 - ✓ Necesidad de cumplimiento del Decreto 2011 /2017 - en lo relacionado con el porcentaje de vinculación laboral de personas con discapacidad en el sector público, en cual a la fecha no se está cumpliendo con este requerimiento del DAFP.
 - ✓ Revisión del cumplimiento del Decreto 2365/2019 Reglamentario único del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el ingreso de los jóvenes al servicio público

- **Evaluación de la Gestión del Riesgo**

En este rol, las unidades u oficinas de control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces, juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles.

- Se realizó último seguimiento a los riesgos de corrupción como parte del seguimiento efectuado al Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2023.
- Se realizó último seguimiento al Mapa de Riesgos de la institución, vigencia 2023.
- Se realizaron recomendaciones específicas en el II informe Semestral de la Evaluación del Sistema de Control Interno 2023.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 274 de 279

- De igual forma se realizaron seguimiento a la publicación de los estados financieros de acuerdo a lo establecido en la resolución 3465 de 2015.
- Se hizo aportes para la construcción del sexto componente al PAAC 2024, como iniciativas propias de la entidad.
- Se hicieron importantes recomendaciones a las áreas de Talento Humano, Gestión Documental, SIAU y Sistemas.

- Relación con entes externo de control

La oficina de control interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, sirve como puente entre los entes externos de control y la entidad, además, facilita el flujo de información con dichos organismos. Las unidades de control interno facilitan la comunicación al órgano de control y verifican aleatoriamente que la información suministrada por los responsables, de acuerdo con las políticas de operación de la entidad, sean entregadas bajo los siguientes criterios: Oportunidad, Integralidad y Pertinencia.

- Se realiza seguimiento continuo a los cronogramas de informes que se deben presentar a los diferentes entes, pago de Impuestos y demás requerimientos solicitados por las entidades de vigilancia y control.
- Se hizo acompañamiento a los procesos: Contabilidad, Tesorería, Recursos físicos y Jurídico, para dar cumplimiento al plan de mejoramiento 2023 suscrito con la contraloría de Arauca, en auditoría a la vigencia 2022.
- Informe de Derechos de Autor de Software de la entidad. Con el objetivo de verificar y reportar la información relacionada con Derechos de Autor de Software de uso de la ESE, a través del formulario establecido para tal fin por parte de la Unidad Administrativa Especial de la Dirección Nacional de Derecho de Autor, del Ministerio del Interior.

- Evaluación y Seguimiento

El seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno se realiza a través de las auditorías y seguimientos ejecutados por la Oficina de Control Interno contemplados en el Plan Anual de Auditorías Internas aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2024, con el propósito de identificar las oportunidades de mejora a la gestión y contribuir al logro de los objetivos institucionales. De acuerdo con lo anterior los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno para este semestre son:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 275 de 279

- Se realizó evaluación al sistema de Control Interno Contable vigencia 2023, como resultado de la aplicación del cuestionario dispuesto por la Contaduría General de la Nación Resolución 136 de 2016.
- Se realizó seguimiento semestral a las PQRSDF, para dar cumplimiento al Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción, brindando información clara, oportuna y eficaz; contribuyendo a satisfacer las necesidades de nuestros usuarios y generando recomendaciones para el mejoramiento continuo de la entidad.
- Se inició seguimiento al SGSST, con el objetivo de constatar el cumplimiento del Decreto 1072 de 2015 y del desarrollo de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG SST) conforme a la Resolución 0312 de 2019 durante la vigencia 2024 en la ESE
- Seguimiento continuo a la publicación de los Contratos en la plataforma SIA Observa y SECOP II de parte de la oficina jurídica y Talento Humano.
- Mediante acta No 01 de fecha 12 de enero de 2024, del Comité de Coordinación de Control Interno, se aprobó por unanimidad el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2023, dejando planteado para el primer semestre las siguientes:

TÍTULO DE LA AUDITORIA	OBJETIVO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Informes de Ley							
Medición Estado de Avance del Modelo Estándar de Control Interno MECI en el marco de MIPG a través de FURAG en cada vigencia	Dar cumplimiento a: Decreto 1083 /2015 - Funcion Publica Decreto 1499 de 2017 - Funcion Publica Decreto 648 /2017 - Funcion Publica						
Informe Semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno (anterior informe pormenorizado)	En atención a lo estipulado en el art. 156 del Decreto 2106 de 2019						
Informe sobre posibles actos de corrupción. (En caso de evidenciarse)	Decreto 338 de 2019	Cuando proceda en función del conocimiento interno de estos hechos. Este reporte NC control interno de denunciar ante las autoridades administrativas o las infracciones conocimiento.					
Informe Semestral sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos.	Cumplimiento artículo 74 y 76 Ley 1474 de 2011						

 <p>NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 276 de 279

TÍTULO DE LA AUDITORIA	OBJETIVO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Informe Anual Control Interno Contable	Evaluar el sistema de Control Interno Contable a fin de dar cumplimiento en lo dispuesto en: * Resol.357 de Jul/2008 numeral 3,4,5 de Contaduría General de la Nación *Resol. 706 /2016 art. 2,3,8,9,10,11 y 16 de Contaduría General de la Nación *Ley 87 de 1993 - Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones *Resol.193 de 2016 de Contaduría General de la Nación * Decreto 648/2018 art. 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100						
Informe de evaluación a la Gestión Institucional (Evaluación por dependencias)	Cumplimiento de artículo 39 de la Ley 909 de 2004. Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial						
Informe de derechos de autor software	Directiva Presidencial No. 01 de 1999. Directiva Presidencial No. 02 de 2002. Circular 012 de 2007 de la Dirección Nacional de Derechos de Autor. Circular 17 de 2011 de la Dirección Nacional de Derechos de Autor. Circular 04 de 2006 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno						
Informe Trimestral de Austeridad en el Gasto	Decreto 1068 de 2015, artículo 2.8.4.8.2 . Decreto 0984 de 14 de mayo de 2012. Decreto Nacional 0984 de 2012 . Directiva Presidencial 03 de 2012. Directiva Presidencial N°09 del 09 de noviembre de 2018 – “Directrices de austeridad”.						
Seguimiento Mapa de Riesgo de Corrupcion	Dar cumplimiento a art.2,1,4,6, Decreto142 de 2016. Guía pa ra la gestion del riesgo de corrupcion V4						
Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Ley 1474 de 2011, Decreto 2641 de 2012 art. 05						

TÍTULO DE LA AUDITORIA	OBJETIVO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Desarrollo de otros roles de las Oficinas de Control Interno							
Airintencia Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Se realiza minima 2 veces al año. También se podrá reunir de forma extraordinaria por solicitud de los integrantes y previa citación de la Secretaría Técnica.						
Airintencia Comité Institucional de Gestión y Derropeña	Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interno.						
Airintencia Comité de Conciliación y Defensa Jurídica	Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interno.						
Airintencia Atraz Comité Institucional de	Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interno.						
Otras Auditorias							
Seguimiento y elaboración de informes de presentación interna y externa	Emitir las contraloras de advertencia para aquellas procecos que puedan conducir a una extemporidad del informe y sanción por parte de las entes de control.						
Gestión Contractual (auditoria aleatoria a la etapa contractual/auditoria sistema integrada)	Verificar el cumplimiento de las contraloras internas diseñadas y asegurar valar a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades y para mejorar la eficacia de las procecos.						
Procecos aleatorios y subprocecos: Hospital San Jaro - Crava Norte	Verificar el cumplimiento de las contraloras internas diseñadas y asegurar valar a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las procecos.						
Procecos aleatorios y subprocecos: Hospital San Juan de Dios	Verificar el cumplimiento de las contraloras internas diseñadas y asegurar valar a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las procecos.						
Procecos aleatorios y subprocecos: Hospital San Francisco de Partul	Verificar el cumplimiento de las contraloras internas diseñadas y asegurar valar a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las procecos.						
Procecos aleatorios y subprocecos: Hospital San Lorenzo Arauquita	Verificar el cumplimiento de las contraloras internas diseñadas y asegurar valar a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las procecos.						
Procecos aleatorios y subprocecos: Hospital San Ricardo Pampuri - La Esmeralda	Verificar el cumplimiento de las contraloras internas diseñadas y asegurar valar a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las procecos.						
Procecos aleatorios y subprocecos: Hospital San Antonio de Tame	Verificar el cumplimiento de las contraloras internas diseñadas y asegurar valar a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las procecos.						
Procecos aleatorios y subprocecos: Centro de Salud Panamá de Arauca	Verificar el cumplimiento de las contraloras internas diseñadas y asegurar valar a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las procecos.						

 NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 278 de 279

TÍTULO DE LA AUDITORIA	OBJETIVO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Pracorar aleatorias y subpracoras: Centro de Salud Puerta Jardán	Verificar el cumplimiento de las contralorías internas diseñadas y agregar valor a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las mismas.						
Subpracoras aleatorias de la entidad. A cargo de las dar subgerencias Administrativa- Financiera y de Subgerencia en Salud	Verificar el cumplimiento de las contralorías internas diseñadas y agregar valor a la entidad dando recomendaciones para corregir las debilidades de control interna y para mejorar la eficacia de las mismas.						
Pracoras Gestion Talento Humano.	(Auditoria aleatoria de las Hojas de vida verificación de cumplimiento de requisitos y actualización de hojas de vida, cumplimiento de Planes de Talento Humano y demás relacionados)						
Pracoras Gestion Ambiente Físico (Almacén)	Auditoria al Pracora						
Jornadas de capacitación							
Inducción	Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interna.						
Reinducción	Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interna.						
Ahorro Función Pública	Cada vez que se hace la invitación, se acompaña en representación de la oficina de control interna.						
Auditorías Especiales (La auditoria especial en este caso será aquella que por solicitud del gerente se							
Siqop II	Garantizar el cumplimiento de las principios de transparencia y publicidad mediante la verificación de publicación y actualización de hojas de vida de servidores públicos de la Entidad, verificación de publicación de las declaraciones de bienes y rentas y resultados de ingresos de las autoridades electas.						

- Se realizó Informe de austeridad cuarto trimestre 2023 y se publicó en la página web de la entidad.
- En el segundo trimestre 2024, se realizó informe de Austeridad del Gasto con la información presentado por parte de la oficina de Talento Humano y Presupuesto de los meses de enero, febrero y marzo 2024.
- Se realizó de PQR`S del segundo semestre Vigencia 2023
- Igualmente se hizo seguimiento al plan de mejoramiento (2023) suscrito para la vigencia 2022, con la Contraloría Departamental de Arauca.
- Se realizó informe semestral a la evaluación del sistema de control interno de la entidad para 2do semestre 2023 y primer semestre 2024, obteniendo un puntaje de 85% para este último, es decir incrementando un 2% respecto al segundo semestre 2023. Se cuentan con los siguientes porcentajes de cumplimiento por componente:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 279 de 279

COMPONENTE	% CUMPLIMIENTO 2023-2	% CUMPLIMIENTO 2024-1
Ambiente de control	94 %	94%
Evaluación del Riesgo	82 %	82%
Actividades de Control	71%	75%
Información y Comunicación	84 %	86%
Monitoreo	86%	89%
Total;	83%	85%

CONCLUSIONES

En cada uno de los informes presentados por esta oficina, se han dejado recomendaciones importantes con el fin de fortalecer el sistema de control interno de la entidad que se encuentra operando, sin embargo, aún se requieren mejoras frente a sus componentes de ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo. En términos generales el Sistema de Control Interno se encuentra funcionando y con acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa. Además de los análisis efectuados se concluye que la entidad ha realizado esfuerzos para asegurar las condiciones mínimas para fortalecer el Control Interno; gestionando e implementado mecanismos para dar tratamiento a los riesgos institucionales y mitigar su materialización; verificando que la información y la comunicación sean efectivas para su adecuada operación en la Entidad, y para el monitoreo y evaluación de la gestión institucional a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.



WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO

Gerente