

 E.S.E. CAMU DEL PRADO <small>(UN SERVICIO SOCIAL PARA TU BIENESTAR)</small> NIT 812002836-5	OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO	MECI 1000:2014 	
	INFORME CONTROL INTERNO	OACI	1.1
		REF.	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

ESE CAMU DEL PRADO

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO ESE CAMU DEL PRADO.

PERIODO: NOVIEMBRE A DICIEMBRE 2016 –ENERO- FEBRERO 2017

CERETE 2017

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

La suscrita jefa de la Oficina de Control Interno de la ESE CAMU DEL PRADO, en aras de garantizar la accesibilidad a la información, la transparencia de la gestión pública y la participación ciudadana y actuando de conformidad a lo establecido por la ley 1474 de 2011, que en su artículo noveno (09) reza;

«El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.»

Procede a publicar informe pormenorizado del estado del sistema de control interno de la ESE CAMU DEL PRADO, para el periodo comprendido entre 1 de NOVIEMBRE 2016 – 31 de FEBRERO DE 2017, en la página web institucional www.esecamuprado.gov.co

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011		
JEFE DE CONTROL INTERNO	AIDA LUZ LOZANO FARIÑO	PERIODO EVALUADO NOVIEMBRE 2016 – FEBRERO 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: 15 DE MARZO DE 2017		
ALCANCE DEL INFORME		
<p>El presente informe evaluativo del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado ESE CAMU DEL PRADO, se realiza con base en las actividades desarrolladas por la empresa y por la oficina de Control Interno en las diferentes dependencias durante el período comprendido entre Noviembre de 2016 a febrero de 2017.</p> <p>Durante el período evaluado, objeto del informe, la oficina de control interno continuó con el seguimiento del Plan de Acción dispuesto para la presente vigencia 2016 arrojando un consolidado de cumplimiento a corte de 31 de diciembre de 2016 de un 94.45%</p> <p>La ESE CAMU DEL PRADO cuenta con un Plan de Gestión (2016-2019) y un Plan de Gestión 2017 aprobado por junta directiva, con compromisos, metas, e indicadores establecidos en las áreas de Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica o Asistencial.</p> <p>Se tuvo un plan de desarrollo institucional y planes operativos por procesos para el año 2016 a los cuales se les realizó seguimiento y evaluación.</p> <p>La Oficina de Control Interno en este periodo continúa siendo participe de algunos</p>		

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

hechos relevantes de la institución, brindando su acompañamiento y suministrando sus oportunas recomendaciones.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la ESE CAMU DEL PRADO, a continuación, presenta informe detallado de avances en cada uno de los módulos que conforman el Modelo Estándar de Control Interno "MECI".

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

DIFICULTADES

Reactivación por parte de la gerencia del equipo MECI, determinar con claridad funciones específicas, lo cual se hace necesario su conformación con el fin de proporcionar una serie de pautas o directrices dirigidas a controlar la planeación, gestión, evaluación y seguimiento en la entidad, facilitando el desarrollo del Sistema de Control Interno; con el fin de identificar claramente los roles y responsabilidades de quienes liderarán y participarán activamente en los procesos, toda vez que son ellos colaboradores del seguimiento a los avances de cada uno de los procesos, procedimiento éste que posteriormente les permitirá poder verificar el cumplimiento de metas para los mismos. Dando como resultado medidas correctivas o planes de mejoramiento por procesos. No se debe olvidar que cada área debe considerarse como una pieza de un todo las cuales deben engranar perfectamente para lograr resultados óptimos.

Se requiere la evaluación de desempeño del personal del área de odontología en carrera administrativa, por lo cual la oficina de Talento Humano debe continuar en darle trámite a esta gestión.

AVANCES

En este periodo se muestra la gestión adelantada por la administración de la ESE, para el mejoramiento del Sistema de Control Interno durante la vigencia fiscal 2017 así como la reorientación dada a los procesos y procedimientos internos de la entidad. La metodología empleada por la Oficina de Control Interno en la continuidad de la evaluación del sistema sigue siendo la misma: Visitas a las dependencias, auditorías realizadas según el Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno, Listado de Chequeos aplicados en las auditorías y visitas programadas para verificar la existencia de los productos MECI en cada una de las Áreas y su funcionalidad, charlas, capacitaciones y relacionadas con productos del Modelo Estándar de Control Interno con los funcionarios de la entidad en cada dependencia, instructivos sobre procedimientos internos y la implementación al interior de la organización, haciendo especial énfasis en la importancia que tiene para el Sistema de la entidad, la cultura del autocontrol, autogestión y autoevaluación que señalan

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

básicamente unos de los soportes estructurales más sólidos para el desarrollo de los objetivos proyectados.

COMPONENTE TALENTO HUMANO

Es menester precisar que actualmente el Manual de Funciones de la ESE continúa en proceso de actualización.

Como consolidado de la vigencia 2016 reportado por la oficina de talento humano de la entidad se realiza la reactivación de las evaluaciones de desempeño a la fecha, de tres promotoras de salud, y programas de incentivos en la entidad, por parte del área de Talento Humano.

Seguimiento del plan de capacitaciones liderado por la oficina de recursos humanos, con evidencias que reposan en la oficina de recursos humanos de la ese Camú del Prado. **cumplimiento del plan de capacitación vigencia 2016:** con un porcentaje de 78.87% realizadas 56 programadas 71

En la vigencia 2016 de acuerdo a la resolución no. 2003 de 2014, se realizó auditoría de todas las hojas de vida del personal de planta, y de personal vinculado a través de empresas contratistas arrojando un consolidado del 80%.

Liquidación y generación de nómina (prestaciones sociales, seguridad social) su ejecución fue del 100%

Ejecución plan de vacaciones del personal de planta el cual tuvo un cumplimiento del 92%.

Disfrute: 73.91% pendiente por disfrute: 21.74% indemnización de vacaciones: 4.35%

Inducción del personal, dentro del plan de capacitaciones en el área de odontología y del personal de archivo de historia clínica se capacito sobre la plataforma estratégica en la institución y cada jefe área asistencial la oficina de recursos humanos socializo el manual específico de funciones del cargo respectivo, debido a todos los cambios es un aspecto a mejorar por parte de esta dependencia dicho proceso de inducción y reinducción a los funcionarios de planta de la institución.

Porcentaje de ausentismo laboral: 0.57%

indicador N°de horas perdidas 971/169.920 horas laboradas al año x número de trabajadores.

Plan de bienestar social

se realizaron las siguientes actividades gestionados por los representantes de los trabajadores ante el comité de bienestar social de la entidad con el acompañamiento de esta dependencia

Bono estudiantil, para trabajadores con hijos (as) adelantando estudios de nivel preescolar, primaria, secundario y universitario, o para trabajadores en estudio de diplomados fueron 46 los funcionarios beneficiados valor de bono fue de \$ 400.000 mil

pesos

Regalo navideño, para los hijos de los trabajadores de edades entre 0 a 10 años

Evaluaciones de desempeño: el funcionario responsable evaluó el 50% del personal asistencial inscrito en carrera administrativa de acuerdo al reporte de la comisión nacional del Servicio Civil.

Capacitaciones en general a todo el personal de planta y contratistas de la entidad

Acompañamiento con la ARL de las jornadas de pausas activas y terapia de relajación en el área administrativa.

Se realiza por el área SSSTG Manual de Bioseguridad vigencia 2016.

Se realiza en este periodo consolidado de estadísticas indicadores de: accidentes laborales; durante la vigencia de 2016 la ese Camú del prado presento 6 accidentes de origen laboral, lo que equivale al 10 % de la población trabajadora.

Capacitaciones: durante el segundo periodo del año 2016 se evidencia el 100% de cumplimiento en la ejecución del cronograma de capacitación y entrenamiento.

Enfermedad laboral en el 2016 la empresa no presentó casos nuevos de enfermedad laboral y no presentó ningún caso reconocido de enfermedad laboral.

En la vigencia de 2017 en los meses de enero y febrero a la fecha contamos con un Plan de Cargos aprobado mediante Acuerdo 040 del 12 de Abril de 2016 discriminado así:

Cargos provistos: 58

Cargos vacantes: 23

CARGOS ADMINISTRATIVOS: 13 MUJERES: 8 HOMBRES: 05

CARGOS ASISTENCIALES 45 MUJERES: 40 HOMBRES: 5

LIQUIDACION DE NOMINAS

Se liquidó el 100% de las de obligaciones laborales oportunamente por parte del proceso de talento humano correspondientes pago de salarios, bonificación por servicios prestados prima de Vacaciones y vacaciones del personal que durante los meses reportados cumplieron año de servicio, así mismo se liquidó oportunamente las nóminas y seguridad social correspondientes a los meses de Enero a Febrero del presente año, con la oportunidad y la calidad requerida y de acuerdo al presupuesto de la vigencia.

% DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VACACIONES DE ENERO A FEBRERO

DISFRUTE: 8.62% PENDIENTE POR DISFRUTE: 91.38%

Un índice relativamente bajo puesto durante estas vigencias para acceder al disfrute de vacaciones de los funcionarios vinculados a la planta al personal de la entidad en relación a los remplazos que se requieren para no dejar desprovisto el servicio, se

espera que en el próximo reporte el número de funcionarios que puedan acceder al disfrute de sus vacaciones aumente considerablemente

número de Horas de Ausentismo 98

Número de Horas contratadas 9.768

Análisis del indicador

Este porcentaje es realmente bajo dado que el sistema de ausentismo de personal se encuentra debidamente regulado

Plan Institucional de Capacitación

El siguiente reporte del porcentaje de capacitaciones programadas sobre número de capacitaciones realizadas de acuerdo a los cronogramas de capacitaciones que fueron presentados ante la oficina de talento humano arroja el siguiente resultado: 100%

Análisis del indicador

Se evidencia se está cumpliendo con el cronograma de las capacitaciones programadas para la presente anualidad en la realización de las capacitaciones programadas y realizadas en los meses de Enero a Febrero del presente año dando un cumplimiento de todas las capacitaciones en Enero y febrero de 2017

REPORTE DE ACCIDENTES DE ORIGEN LABORAL

Durante esta vigencia no se reportaron accidentes de trabajo del personal vinculado a la planta de personal de la ESE

EVALUACIONES DEL DESEMPEÑO:

De acuerdo a la nueva normatividad que estableció unos nuevos formatos de evaluación del desempeño laboral acuerdo 565 de 2017, el cual ya se empezó a implementar en la institución

DIFICULTADES

Con el pago de incapacidades radicadas ante las EPS donde se encuentran afiliados los funcionarios de la entidad por enfermedad general de los funcionarios incapacitados por enfermedad general y por licencias de maternidad

RESPUESTAS A LAS DIFICULTADES

Para dar respuesta a las dificultades se procederá a proyectar derechos de petición ante las EPS para que realicen el desembolso de los dineros por conceptos de incapacidades y licencias por maternidad.

Las respectivas evidencias de este informe reposan en la oficina de talento humano.

PLAN ANTICORRUPCIÓN, ESTRATEGIA ANTITRÁMITES Y DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

Implementación del plan anticorrupción, anti trámites y de atención a la ciudadanía de conformidad con lo establecido en la ley 1474 de 2011, mediante Resolución N° 096 de 2016 y debidamente publicado en el portal web institucional. Respecto del cual, se

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

realizó seguimiento TRIMESTRAL, correspondiente al cuarto trimestre de 2016, se realiza Plan anticorrupción vigencia 2017, mapa de riesgo de corrupción debidamente enviado a la gerencia y publicado en la página web de la entidad.

Es importante en este sentido que las diferentes dependencias reporten con tiempo las actuaciones acaecidas con relación a sus planes de acción institucional.

La entidad publicó el último seguimiento a los Planes de acción y plan anticorrupción y de atención a la ciudadanía para la vigencia 2016 de conformidad en lo establecido en la Ley 1474 de 2011, fue adoptado mediante resolución N° 096 de marzo 31 de 2016 y el actual de la vigencia 2017, **sobre el particular, se encuentran publicados y disponibles en el link www.esecamuprado.gov.co**

SUBSISTEMA DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN

DIFICULTADES

- Continua la dificultad de carácter administrativo en materia de implementación de indicadores de gestión, así como de procedimientos, se requiere por parte del área de calidad Capacitaciones acerca del manejo de **indicadores de gestión por procesos**, medición y seguimiento; los cuales son de obligatoriedad de la entidad su presentación ante los diferentes órganos de control CGDC.
- Es necesaria continuar con la actualización de la página web de la entidad, concientizar a los funcionarios que se apropien del uso continuo de los correos institucionales, sobre los cuales ha de promoverse el buen uso y revisión constante por parte de los Coordinadores y jefes de cada dependencia.
- Es necesaria la reactivación URGENTE de las alianzas de usuarios, y se continua con la apertura de buzones de sugerencias en todas las UPSS rurales y urbanas
- En el área de archivo es necesario la actualización de las tablas de retención documental de conformidad a lo establecido en la ley 594 de 2000, por lo cual esa dependencia ha venido haciendo el seguimiento a este proceso, lo que ha permitido avanzar en cuanto al diagnóstico e implementación del proceso de gestión documental y archivo institucional en aras de suplir las necesidades de mantener y conservar los archivos de la entidad y garantizar su conservación en el tiempo, conforme lo exige la ley 594 de 2000, y los decretos reglamentarios 2482 de 2012, 2578 de 2012 y 2609 de 2012, entre otros.
- En cuanto a la administración del riesgo la ESE cuenta con un manual de riesgo en donde se consagra la política de riesgo actualizada mediante acto administrativo N° 264, de fecha 13 de Noviembre de 2015 mediante el cual se actualizan los mapas de riesgos por procesos al interior de la entidad, los cuales fueron identificados y valorados por los líderes de cada proceso; en la vigencia 2016 debido al cambio de sede en el área administrativa que se surtió en la entidad este proceso ha quedado relegado y a la fecha no existe actualización

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

de estos mapas de riesgos e implementación de la política de riesgo vigente. **Se requiere de manera urgente que la gerencia reactive este proceso.**

AVANCES

1. Continúan las gestiones por parte de la gerencia con el fin de consolidar el aumento del giro directo, todo ello con el propósito de tener la oportunidad en el pago de muchos compromisos tanto con empleados, proveedores y contratistas; es de anotar que la institución al momento de la presentación de este informe está al día con empleados y contratistas por concepto de salarios.
2. La planeación y la gestión por parte de la gerencia y su equipo administrativo, continúa permitiendo en este periodo informado, el acercamiento con algunas EPS, para concertar pagos, recuperar cartera y aminorar glosas, es de reconocer que es la propia gerencia quien se ha abanderado de dichos procesos.
3. Se realiza la Gestión pertinente para la adopción e implementación de un Plan Anual de Adquisiciones normalizado según los lineamientos de la circular externa n° 2 de 16 de agosto de 2013 y el cual fue aprobado según resolución n°007 de 2017 socializado mediante comité de compras según acta n°-001. Es publicado en esta vigencia 2017, en el SECOOP según precepto legal ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes.
4. Los comités Institucionales, han sido y seguirán siendo una fuente de fortaleza para el logro de muchos de los objetivos de la empresa, pues estos se realizan con el propósito de aportar al mejoramiento continuo de la empresa, entre otras la atención a los usuarios, el cumplimiento de metas, la eficiente ejecución de los contratos de prestación de servicios, disminución del gasto, y la adecuada ejecución de los diferentes procesos.
5. Se realizan comités de Control Interno para la entrega de los informes de gestión de todas las unidades funcionales de la ESE, revisión de comités institucionales de la entidad. Se realizó verificación del ajuste de las resoluciones de los diferentes comités institucionales según la normatividad vigente.
6. Actualización satisfactoria permanente de datos personales por parte de la oficina de Recursos Humanos.
7. Durante el mes de Enero en el área de Calidad se realizó jornada de sensibilización a todo el personal de la E.S.E. CAMU EL PRADO, sobre la importancia de la implementación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad como un componente fundamental de mejoramiento continuo en marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de los estándares de calidad, para esto se utilizaron folletos alusivos al tema y se

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

entregaron puesto por puesto a cada persona de la entidad con su respectiva charla educativa.

- Posteriormente se procedió a programar capacitaciones teóricas a todo el personal de la E.S.E. sobre marco conceptual, marco teórico y marco normativo del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, se realizaron 4 jornadas para poder abordar a todo el personal de la entidad que se encuentra trabajando en cada una de las sedes y así lograr la nivelación de conceptos en todo el personal de la E.S.E y a la vez comprometer a los mismos en la implementación del mejoramiento continuo de la entidad, lo cual se dio con gran aceptación y hubo bastante intereses del personal de la E.S.E para conformar los equipos de autoevaluación e implementación del PAMEC 2017; con estas etapas surtidas se procedió a elaborar el documento PAMEC 2017 y a conformar los equipos primarios y de autoevaluación e implementación del PAMEC, mediante Resolución 022 de febrero 17 de 2017 emanada por la gerencia de la E.S.E.
 - Por otra parte, en cuanto a seguridad del paciente retomando los esfuerzos realizados en los meses de noviembre y diciembre del año anterior, en donde se capacito a todo el personal de la entidad sobre la conceptualización y normatividad concerniente al tema de seguridad del paciente y a la vez se reglamentó la política de seguridad del paciente y se construyó la caja de herramientas, en el mes de enero de esta vigencia se reforzó conocimientos pasando por cada uno de los lugares de trabajo sobre los conceptos de seguridad del paciente y se evidencio el conocimiento sobre el diligenciamiento del reporte de un evento adverso, logrando en el mes de febrero la notificación por primera vez en la entidad de eventos adversos en el área de urgencias y citologías, los cuales una vez gestionados se llegó a la conclusión de no haber llegado a ser eventos adversos sino incidentes y se procedió a realizar planes de mejoramiento para colocar barreras de seguridad y prevenir la existencia del evento adverso casi ocurrido por estos fallos.
 - Se conformó y reglamentó el comité de seguridad del paciente de la entidad a través de la Resolución 009 de enero 10 de 2017 emanada por la gerencia de la E.S.E. (Todas estas evidencias reposan en la oficina de Calidad de la entidad.)
 - Se revisaron y se generaron los reportes (circular 030, decreto 2193 de 2004) de indicadores de accesibilidad y oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, lealtad, y otros, que son los que nos competen de acuerdo con el nivel de complejidad.
8. En el área de SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO SIAU cuyo objetivo general es Mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios de la **ESE CAMU DEL PRADO CERETE** a través del monitoreo de los indicadores de gestión y el desarrollo de estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, al ejercicio de los deberes y derechos de los usuarios además informar y orientar a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los

servicios.

Esta oficina realizo encuestas de satisfacción con el fin de determinar por medio de un sondeo de opinión, la percepción que tienen los usuarios con relación a los servicios que se brindan, con el fin de obtener información de retroalimentación que permita tomar acciones que contribuyan a la mejora continua en la satisfacción de sus necesidades.

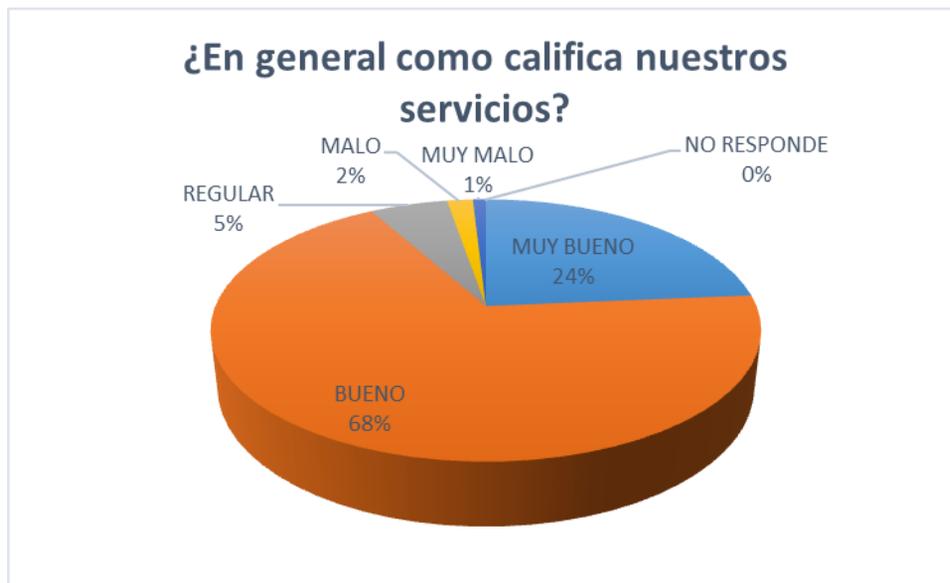
EN LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2016 SE OBTUVO LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

MUESTRA: Se realizaron 265 encuestas a usuarios los cuales asistieron a consultas por medicina general, odontología, y programas de P y P por parte de coordinación de SIAU.

el 80% corresponden a 196 usuarios femeninos y 20% corresponden 49 usuarios encuestados masculinos.

EN GENERAL EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2016 NUESTROS USUARIOS CALIFICARON NUESTROS SERVICIOS:

SERVICIOS EN GENERAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy bueno	26	24%
Bueno	75	68%
Regular	6	5%
Malo	2	2%
Muy malo	1	1%
No responde	0	0%
TOTAL	110	100%



Se observa, que la percepción de los usuarios con relación a la calificación de los servicios en forma general de la ESE Camu Prado, logró un porcentaje de calificación del 68% como “Bueno” seguidamente se encuentra la respuesta “Muy bueno” con un

AIDA LUZ LOZANO FARÍÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

24%; continuando con en la escala valorativa la respuesta “Regular con un 5%”; “Malo” 2% y “Muy malo” un 1% ; “No responde” un 0%; lo que refleja que los usuarios en forma habitual consideran que se están brindando buenos servicios, y por las respuestas se puede considerar una satisfacción en ellos, sin embargo, es considerable la apreciación de algunos usuarios en cuanto a la calificación “Regular” “malo y Muy malo” lo que revela que hay que seguir trabajando para que los usuarios consideren que se presta un buen servicio.

EN GENERAL EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2016 NUSTROS USUARIOS CALIFICARON NUSTROS SERVICIOS:

SERVICIOS EN GENERAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy bueno	45	34%
Bueno	76	56%
Regular	11	8%
Malo	0	0%
Muy malo	0	0%
No responde	3	3%
TOTAL	135	100%

9.



La percepción de los usuarios con relación a la calificación de los servicios en forma general de la ESE Camu Prado, logró un porcentaje de calificación del 56% como “Bueno” seguidamente se encuentra la respuesta “Muy bueno” con un 34%; continuando en la escala valorativa la respuesta “Regular con un 8%”; “Malo” y “Muy malo” un 0% ; y “No responde” un 3%; lo que refleja que los usuarios en forma habitual consideran que se están brindando buenos servicios, y por las respuestas se puede considerar una satisfacción en ellos, sin embargo, es considerable la apreciación de algunos usuarios en cuanto a la calificación “Regular” lo que revela que hay que seguir trabajando para que los usuarios consideren que se presta un buen servicio

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

(PQRSF)

OBJETIVO: Recibir y tramitar los reclamos y sugerencias de los usuarios de los servicios prestados por **LA ESE CAMU DEL PRADO DE CERETE**

Durante el mes de Noviembre y Diciembre de 2016 se presentaron ante la oficina SIAU siete (13) Quejas tipificadas en diferentes motivos:

Tres (4) Quejas radicadas en Santa Teresa.

Dos (4) Mateo Gómez.

Dos (2) Severa.

Tres (3) Campanito

Tipificadas en diferentes motivos: mala atención personal asistencial, no atención de los servicios, no realización de ecografías, oportunidad en el servicio.

Dos (2) Felicitaciones.

Estas quejas se les dio trámite o respuesta en el tiempo estipulado.

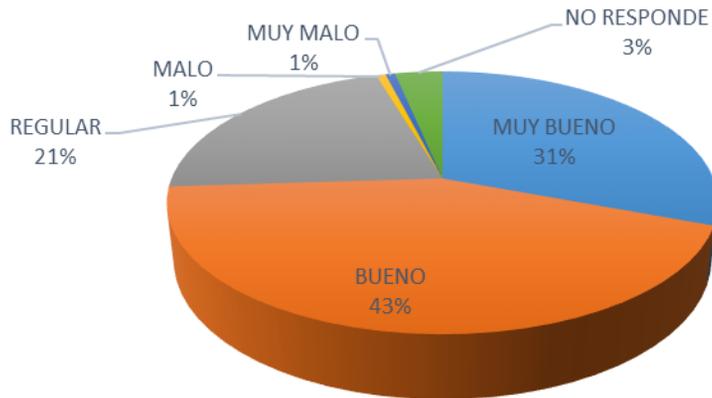
EN LOS MESES DE ENERO Y FEBRERO DE 2017 SE OBTUVO LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

MUESTRA: Se realizaron 300 encuestas a usuarios los cuales asistieron a consultas por medicina general, odontología, y programas de P y P por parte de coordinación de SIAU. el 85% corresponden a 263 usuarios femeninos y 15% corresponden a 37 usuarios encuestados masculinos.

EN GENERAL EN EL MES DE ENERO DE 2017 NUESTROS USUARIOS CALIFICARON NUESTROS SERVICIOS:

SERVICIOS EN GENERAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy bueno	46	31%
Bueno	65	43%
Regular	32	21%
Malo	1	1%
Muy malo	1	1%
No responde	5	3%
TOTAL	150	100%

¿En general como califica nuestros servicios?



Según la percepción de los usuarios con relación a la calificación de los servicios en forma general en el mes de Enero de 2107 de la ESE Camu Prado, en este mes logró un porcentaje de calificación del 43% como “Bueno” seguidamente se encuentra la respuesta “Muy bueno” con un 31%; continuando con en la escala valorativa la respuesta “Regular” con un 21%; “Malo” 1% y “Muy malo” un 1% ; “No responde” un 3%; lo que refleja que los usuarios en forma habitual consideran que se están brindando buenos servicios, y por las respuestas se puede considerar una satisfacción en ellos, sin embargo, es considerable la apreciación de algunos usuarios en cuanto a la calificación “Regular” lo que revela que hay que seguir trabajando para que los usuarios consideren que se presta un excelente servicio

Aunque los resultados de las Encuestas de Satisfacción arrojan un nivel satisfactorio en forma general, se deben tomar acciones de mejora que permitan aumentar este nivel de satisfacción aún más, haciendo énfasis en las variables que obtuvieron un porcentaje en la calificación correspondiente a “Regular” en la prestación de nuestros servicios.

EN GENERAL EN EL MES DE FEBRERO DE 2017 NUSTROS USUARIOS CALIFICARON NUESTROS SERVICIOS:

SERVICIOS EN GENERAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy bueno	47	30%
Bueno	74	46%
Regular	34	21%
Malo	2	1%
Muy malo	0	0%
No responde	3	2%
TOTAL	160	100%

Según la apreciación de los usuarios de acuerdo a esta variable en este mes se logró un porcentaje de calificación del 46% como “Bueno” consecutivamente se

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

encuentra la respuesta “Muy bueno” con un 30%; continuando la respuesta “Regular” con un 21%; “Malo” 0% y “Muy malo” un 1% ; “No responde” un 2%; lo que refleja que los usuarios encuestados en este mes la respuestas bueno y excelente llegan a un 76% % en la escala, lo que significa que los usuarios están habitualmente satisfechos con nuestros servicios pero aún se recomienda estar atento a esta apreciación y seguir mejorando la atención desde cada uno de los servicios brindados para que el usuario se sienta más satisfecho y mejorar así este indicador

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES (PQRSF)

OBJETIVO: Recibir y tramitar los reclamos y sugerencias de los usuarios de los servicios prestados por **LA ESE CAMU DEL PRADO DE CERETE**

Durante el mes de Enero y Febrero de 2017 se presentaron ante la oficina SIAU cuatro (4) Quejas tipificadas en diferentes motivos: Dificultades en la atención de los servicios en el servicio de urgencias.

A los cuales se les dio trámite o respuesta en el tiempo estipulado

(3) Felicitaciones.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA COORDINACIÓN DE SIAU.

- Atención y orientación solicitada a los usuarios sobre los servicios prestados por la ESE Camu Prado y direccionamiento a entidades externas.
- Servir de enlace entre los servicios de la ESE Camu prado y la EPS respectivas, para coordinar la atención del usuario.
- Aplicación de encuestas de satisfacción a usuarios.
- Realización de capacitaciones orientadas a brindar información a los usuarios acerca de sus derechos y deberes, buen trato, portafolio de servicios prestados por la institución, horarios de atención, redes de apoyo del municipio, sentido de pertenencia por la entidad en todas las upss etc.
- Se recepcionaron formatos de registro de (PQRSF) dándole el trámite en el tiempo establecido.
- Trámite de solicitud de ambulancia para remisión a pacientes que son evaluados en consulta externa y requieren enviarlos a urgencia.
- Gestión para asignación de Citas prioritarias y citas adicionales.
- Integración de cumpleaños

- Entrega de autorizaciones para ecografías obstétricas.
 - Reunión de comité quejas y reclamos.
10. En el área de Jurídica En esta vigencia se continúa con la eficiente defensa judicial para disminuir los altos montos en las liquidaciones por créditos judiciales, en consideración a la acentuada incidencia de los créditos judiciales sobre los pasivos a mediano y largo plazo que adeuda la ESE. se mantiene activo el comité de conciliaciones de la entidad, se levantan actas de comité de conciliaciones, las cuales reposan en la oficina jurídica de la entidad.
11. Aplicación del control de gestión por el área de control interno con el envío de oficios, circulares para el seguimiento y control de todos los procesos de la ESE.
12. El inventario existente en almacén ya cuenta con:
13. las fechas de adquisición de los bienes.
14. ya se encuentran agrupados, identificados de acuerdo a los códigos y cuentas contables establecidas en la dinámica del plan general de contabilidad pública. la anterior información se encuentra en un formato en Excel la cual una vez depurada se hará la inclusión al módulo de activos del software genoma. El software cuenta con la siguiente estructura: datos de entrada (fecha de compra, categoría, ubicación, marca modelo, referencia proveedor, estado, código de barra) traslados (fecha, motivo del traslado) tipo de traslado, nueva ubicación) histórico: permite la búsqueda del activo fijo.
15. La ESE CAMU del prado ha realizado los distintos procesos de contratación de conformidad con el acuerdo 023 de junio de 2014 y con los principios que rigen la contratación en Colombia, para evitar posibles fallas en la etapa precontractual, contractual y pos contractual. A principios de esta vigencia 2017 se aprobó el plan anual de compras donde se ha planeado y estipulado la contratación requerida para esta anualidad, de tal manera que haya un correcta y transparente contratación.
16. En cuanto a la Gestión documental Se organizó el archivo de Gestión e histórico de la entidad para proceder con la implementación de la ley general de archivos. A la vez se inició el proceso de Historias Clínicas Electrónicas y la implantación del módulo Gestión Documental dentro del Sistema de Información. existe en la planta de cargos de la entidad el cargo con denominación: técnico administrativo, nivel jerárquico: técnico, código :367, grado:13, naturaleza del cargo provisional; cuyo propósito principal es desarrollar su conocimiento en labores de soporte técnico en el archivo institucional y de historias clínicas, para garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas generadas por el archivo general de la nación y se realiza por la administración la designación de la persona idónea con cumplimiento del perfil del cargo.
Actualmente este proceso continuo en reorganización y recuperación de su manejo, custodia, conservación y administración.

Se realizó protocolo de formación en Gestión Documental en cada una de las áreas administrativas de la entidad mediante capacitaciones al personal por lo cual se anexa copia de acta de reunión de fecha 12 de noviembre de 2016 con el fin de planear y coordinar las diferentes actividades a desarrollar del sistema de gestión documental e implementación de guías para las tablas de retención documental en aras de implementación en la entidad, además refuerzo de foliación y orden cronológico de las historias clínicas y archivo de contratación de la entidad, según acta de Comité de Gestión Documental y Archivo Institucional de fecha 9 de noviembre de 2016 con sus registros fotográficos.

Se realizó depuración de historias clínicas el día 22, 23 y 24 de noviembre de 2016 en la UPSS Santa Teresa, se anexa acta levantada por el área de gestión documental.

Se realiza habilitación y activación de 20 correos institucionales con el fin de mantener la custodia de la información de la entidad. Según oficio de fecha 20 - 09 -2016 del área de sistema de información.

Se implementa el manual de reserva y custodia de historias clínicas y la guía para la aplicación de las tablas de retención documental vigencia 2016 con sus respectivos formatos como son: inventario documental, eliminación de documentos, formatos de préstamos formatos de entrega de correspondencia; los cuales se encuentran actualmente en periodo de prueba. Documentos estos aprobados mediante acta de comité de archivo de fecha 9 de noviembre de 2016, y adoptados mediante resolución n° 290 de noviembre 17 de 2016.

Implementación de aplicativo software genoma plus mediante el cual identificamos, localizamos toda la información requerida; ley 594 de 2000 (historias clínicas).

Se implementa en la entidad las historias clínicas electrónicas en las UPSS Urgencias y Santa Teresa, dando cumplimiento al decreto 785 de 2016; la entidad se encuentra en proceso de sistematizar de igual forma las historias clínicas de las UPSS rurales y se están realizando las adecuaciones de infraestructura necesarias para lograr el cumplimiento de la misma.

17. Como medida principal del PSFF, se plantea para financiar el pago progresivo, ordenado y sistemático de los pasivos a cargo de la ESE, derivadas de la prestación de servicios y de las contingencias y créditos judiciales por procesos con fallos ejecutoriados y en curso, con la generación de excedentes operacionales, luego de cubrir el equilibrio Ingresos/gastos satisfactoriamente, lo cual garantiza que la Entidad aplique los recursos ordinarios de la Venta de Salud en la productividad, mejoramiento de la infraestructura, de la dotación y equipos y la modernización de los procesos administrativos logísticos y asistenciales.
18. En este periodo se continua en la implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y se desarrollan las siguientes actividades a corte de 31 de diciembre de 2016, dándole cumplimiento al Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo Decreto 1072 de 2015.

RESULTADOS (INDICADORES ESTADÍSTICOS) ACCIDENTES LABORALES

$$\text{A.L.: } \frac{\# \text{ Total de accidentes laborales en el periodo}}{\# \text{ Total de trabajadores de planta}} \times 100$$

$$\text{A.L.: } \frac{6}{29} \times 100 = 10.1 \%$$

A corte de 231 de diciembre de 2016 la Ese Camú del Prado presento 6 accidentes de origen laboral, lo que equivale al 10 % de la población trabajadora.

CUMPLIMIENTO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS

$$\text{C.C.: } \frac{\# \text{ Total de Capacitaciones realizadas}}{\# \text{ Total de Capacitaciones programadas}} \times 100$$

$$\text{C.C.: } \frac{14}{14} \times 100 = 100 \%$$

Durante el segundo periodo del año 2016 se evidencia el 100% de cumplimiento en la ejecución del cronograma de capacitación y entrenamiento.

ASISTENCIA A CAPACITACIONES

$$\text{A.C.: } \frac{\# \text{ Total de asistentes a capacitaciones}}{\# \text{ Total de trabajadores programados}} \times 100$$

$$\text{A.C.: } \frac{464}{747} \times 100 = 62,1 \%$$

Durante el segundo semestre del año 2016, se evidencio que el 62% de los trabajadores contratistas y de planta asistieron a las capacitaciones programadas y convocadas de la SST de la entidad.

TASA DE INCIDENCIA GENERAL DE ENFERMEDAD LABORAL.

$$\text{T.I.G.E.P.} = \frac{\# \text{ Casos Nuevos de EL reconocido año}}{\# \text{ Promedio de trabajadores año}} \times 100$$

$$\text{T.I.G.E.P.} = \frac{0}{59} \times 100 = 0$$

INTERPRETACIÓN: durante el año evaluado, la empresa no presentó casos nuevos de enfermedad laboral.

TASA DE PREVALENCIA GENERAL DE ENFERMEDAD LABORAL.

$$\text{T.P.G.E.L.} = \frac{\# \text{ Casos existentes reconocidos (nuevos y antiguos) en el año}}{\# \text{ Total de trabajadores}} \times 100$$

Promedio de trabajadores año
T.P.G.E.L.: 0 x 100 = 0

59

INTERPRETACIÓN: la empresa no presentó casos reconocidos de Enfermedad Laboral hasta el año evaluado.

AUDITORIAS O VERIFICACIONES REALIZADAS A LOS PROCESOS

Fue evaluado por la ARL el SG-SST el día 18 de noviembre de 2016, encontrando que la Ese Camú del Prado hasta la fecha lleva un nivel de cumplimiento del 61%.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y EJECUTADAS DEL SG-SST.

Como primera medida se evalúa el estado actual de la implementación del sistema en la organización, con el fin de tener una perspectiva global en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo de aspectos que no se encuentran cubiertos y de aquellos que tienen cumplimiento parcial.

Posteriormente se realiza el plan de mejoramiento y el plan de trabajo anual.

Dentro de las actividades plasmadas en el plan de trabajo se desarrollaron las siguientes actividades:

- Se coordinó con la ARL COLMENA el cronograma de capacitación y entrenamiento para los funcionarios asistenciales y administrativos para el segundo periodo 2016.
- Se realizó conformación de brigadas de emergencia U.P.S.S Urgencia y Santa Teresa, y se capacitaron y entrenaron en primeros auxilios, conrainscendios, evacuación y rescate.
- Se realizó Simulacro de evacuación en la U.P.S.S de la Urgencia.
- En acompañamiento con la ARL se realizó jornada de pausas activas y terapia de relajación en el área administrativa. Para esta actividad, la ARL COLMENA realizo entrega de 28 pad mouse a cada puesto de trabajo los cuales fueron solicitados con anterioridad.
- Se realizó elección y conformación del COPASST (Comité Paritario de la seguridad y la salud en el trabajo) de la Ese Camú del Prado, por periodo de vencimiento del anterior.
- Se elaboraron folletos informativos con la Política de SST, Reglamento de higiene y seguridad Industrial, conformación del copases de la entidad, procedimiento en caso de un accidente laboral.
- Se actualizó Manual de Bioseguridad con su respectivo acto administrativo y se entrega a cada de Jefe de área para su posterior socialización.
- Se realizaron las investigaciones de accidentes labores ocurridos durante el periodo 2016, para la cual se utilizó la metodología “Árbol de causas” y

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

se realiza oficio a Gerencia informando las causas de cada accidente y las medidas correctivas que se deben implementar para evitar nuevamente la ocurrencia de esos eventos.

- Se realizó análisis estadístico de accidentabilidad periodo octubre 2014-octubre 2016.
- Se realiza encuesta sociodemográfica en los trabajadores de planta con el fin de tabular la información y verificar las condiciones de cada trabajador.
- Se realiza Guía del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo.
- Se ejecutó el cronograma de capacitación con el acompañamiento de la ARL en las siguientes temáticas.
- Reinducción del Reglamento de higiene y Seguridad Industrial y la Política de la Seguridad y la Salud en el trabajo.
- Ergonomía, jornada de pausas activas y terapia de relajación.
- Capacitación en Riesgo Psicosocial, Clima Organizacional, sentido de pertenencia y motivación personal.
- Capacitación Riesgo Biológico, uso de EPP, Y Normas de Bioseguridad.
- Entrenamiento de lavado de manos, manejo de elementos corto punzantes y uso de Guardián de seguridad.
- Entrenamiento en manejo de elementos corto punzantes (uso del guardián de seguridad) en el área de urgencias y U.P.S.S Santa Teresa.
- Manejo de Residuos Peligrosos
- Técnicas alternativas de relajación
- Se organizaron actividades de Medicina preventiva y del trabajo, entre ellas: Exámenes clínicos de laboratorio (triglicéridos, colesterol y glicemia) a los trabajadores de planta y contratistas directos.
- Se realizaron jornadas de Rumbaterapia dos veces por semana (martes y jueves).
- Se elaboró el programa de Inducción y Reinducción de la SST.
- Se elaboró el presupuesto del SG-SST para vigencia 2017.
- Se realizó elección y conformación del Comité de Convivencia laboral y fue capacitado por un Psicólogo esp. En Salud Ocupacional – Asesor de la ARL Colmena.

En la vigencia 2017 en el periodo de enero y febrero se continua con la implementación del proceso y se realizan las siguientes actividades:

- Plan de trabajo anual de SSGT para la vigencia 2017
- Matriz de capacitaciones primer trimestre vigencia 2017.

- Socialización de la Política de la Seguridad y Salud en el trabajo, socialización reglamento de higiene y seguridad industrial con sus respectivas planillas de asistencia al personal contratista que ingreso recientemente.
- Se coordinó con la ARL COLMENA el cronograma de capacitación y entrenamiento en SST para los funcionarios asistenciales y administrativos en el primer semestre 2017.
- Se realizó oficio a Gerencia solicitando la realización de exámenes ocupacionales de los trabajadores de planta con sus respectivos exámenes complementarios.
- Se realizaron inspecciones de extintores en la entidad y se les realiza rotulo enumerándolos con el fin de llevar control de las cantidades por U.P.S.S, las recargas de la mayoría de ellos tienen periodo de vencimiento a diciembre de 2018.
- Se realizaron inspecciones de seguridad en la U.P.S.S de Martínez, Mateo Gómez, Rabolargo, Retiro de los Indios, Santa Teresa y Urgencias, las condiciones inseguras serán notificadas a Gerencia y COPASST con el fin de realizar los correctivos necesarios.
- Reuniones mensuales del COPASST (Comité Paritario De la seguridad y la salud en el trabajo) con el fin de gestionar los riesgos producidos por actos o condiciones inseguras en la ESE CAMU DEL PRADO
- Se inició las investigaciones de accidentes labores ocurridos a personal contratista para la cual se dispuso la metodología “Árbol de causas” y se realiza la divulgación del mismo al personal involucrado con el factor de riesgo, informando las causas de cada accidente y las medidas correctivas que se deben implementar para evitar nuevamente la ocurrencia de esos eventos, además se reforzó con apoyo de la ARL la capacitación en manejo de guardián de seguridad y corto punzantes.

Auditorias o verificaciones realizadas a los procesos

Durante el desarrollo de las labores en la ESE CAMU EL PRADO se laboró, realizando seguimiento a las labores ejecutadas, lo cual consolidó la gestión de seguridad y salud en el trabajo con el apoyo de la ARL Colmena seguros, mediante asesorías y capacitaciones que muestra el comportamiento de la gestión realizada durante las diferentes fases y la implementación de acciones preventivas y correctivas para lograr la meta de **CERO ACCIDENTES INCAPACITANTES (IF=0)** y las sugerencias para el aumento en el porcentaje de estándares de cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Actividades programadas en el periodo

- a) Elaboración diagnóstico y plan de mejora del SGSST
- b) Diagnóstico y actualización de matriz de peligro y evaluación del riesgo
- c) Socialización del reglamento de higiene y seguridad industrial
- d) Socialización de la política y objetivos de la seguridad y salud en el trabajo
- e) Programa de fumigación para todas las UPSS
- f) Seguimiento a la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica
- g) Reuniones y capacitaciones COPASST
- h) Actividades prevención riesgo osteomuscular
- i) Inspección puesto de trabajo con enfoque ergonómico
- j) Inspecciones de seguridad áreas asistenciales UPSS

- k) Inspección a extintores
- l) Capacitación orden y aseo
- m) Entrega de dotación y EPP

Actividades ejecutadas en el periodo

- a) Elaboración diagnóstico y plan de mejora del SGSST
- b) Diagnóstico y actualización de matriz de peligro y evaluación del riesgo
- c) Socialización del reglamento de higiene y seguridad industrial
- d) Socialización de la política y objetivos de la seguridad y salud en el trabajo, normas mínimas de bioseguridad
- e) Seguimiento a la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica
- f) Reuniones y capacitaciones COPASST
- g) Inspección puesta de trabajo con enfoque ergonómico
- h) Inspecciones de seguridad áreas asistenciales UPSS
- i) Inspección a extintores
- j) Capacitación orden y aseo
- k) Entrega de dotación y EPP

Actividades en proceso

- a) Programa de fumigación para todas las UPSS
- b) Actividades prevención riesgo osteomuscular
- c) Seguimiento a la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica
- d) Capacitación orden y aseo

Indicadores establecidos para el área

Dentro de los indicadores establecidos encontramos:

- a) % de accidentes y enfermedades laborales: los cuales presentaron bajo porcentaje de accidentabilidad, gracias a la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
- b) Índice de frecuencia de accidentes: índice de frecuencia bajo, no se registran accidentes personal planta.
- c) Incidencia de enfermedades laborales: no se registran enfermedades de origen laboral
- d) Prevalencia de enfermedades laborales: No se han presentado enfermedades laborales.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Para fortalecer el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo se hace necesario un seguimiento continuo de las actividades programadas en el cronograma y plan de trabajo con el fin de crear la cultura en el personal trabajador, y debido a aspectos relacionados con el tiempo y los espacios, el objetivo principal que es lograr el cero daño a la persona, el medio ambiente y la infraestructura de la empresa, no tienen la eficiencia necesaria para lograr el control total que nos permita el fortalecimiento institucional que pretenden los objetivos, metas y actividades propuestas en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

19. En los periodos de noviembre y diciembre de 2016 Se realizó seguimiento a las áreas de Servicio de urgencias, consulta externa, de medicina general, odontología, laboratorio clínico de primer nivel, promoción y prevención, y los programas de ley para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

Coordinación Odontológica todo esto ajustado a las diferentes políticas de la entidad.

- La resolución 412 de 2000 establece las actividades e intervenciones de obligatorio cumplimiento para la ejecución actividades de Promoción y Prevención. Relacionados con los programas de detección temprana y de protección específica. Como son las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo para el menor de 10 años, Alteración del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años, Alteraciones del Embarazo, Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años, Alteraciones de la Agudeza Visual y Cáncer de Cuello Uterino y de Seno. y las de protecciones específicas como la aplicación de inmunobiológicos, salud oral, atención del parto y recién nacido. Y la realización de acciones de demanda inducida. Como también el informe del cargue de la información de los programas anteriores y de las guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública según la resolución 4505 de 2012.
- Envío de Informes a las EPS en Medio Magnético de todo lo relacionado con los Programas de Detección Temprana de las Actividades de P Y P y la estructura 4505, estructura de gestantes para el recobro de alto costo para las EPS.
- Reunión con el personal de Enfermeras para realizar evaluación de actividades y entrega de los informes de las actividades de Promoción y Prevención.
- Reuniones permanentes con los jefes para socializar informaciones referentes a las UPSS y a los Programas de Promoción y Prevención.
- Entrega de informes a las EAPB de remisiones sobre casos de interés en salud pública como embarazo en menores, sífilis y VIH positivos, citologías, desnutrición, tuberculosis, gravindex y control prenatal etc.
- Se realizó comité de IAMI-AIEPI Y COVE institucional.
- Revisión de los informes que pasan los Jefes de cada una de las Upss de la Zona Rural.
- Asistencia a Capacitación en la ciudad de montería sobre lineamientos SIVIGILA 2017.
- Reunión con el personal de vacunación semanal.
- Reunión con el personal del área de facturación para aclarar dudas sobre la resolución 412 de 2000.
- Envío de informe mensual del programa de vacunación al departamento.
- Se ejecutaron acciones contempladas en las guías de atención contempladas en la resolución 412 de 2000. En todas las UPSS de la zona urbana y rural y registradas en la plataforma 4505 de 2012.
- Se ejecutaron las actividades contempladas dentro de la programación, basadas en las estimaciones según la norma. Las dificultades más sentidas, están relacionados con deficiente capacidad instalada, no hay grupo extramural para complementar las actividades institucionales.
- Se incrementaron las horas médicas en todas las UPSS durante el mes de febrero de 2017.

20. Se continua con la contratación del operador I.P.S SAN PABLO, que cumple con los requisitos de ley para contratar el recurso humano idóneo para el desempeño profesional en actividades Médicas y Odontológicas, Enfermería, y personal paramédico como auxiliares de enfermería, higienistas orales y auxiliares de odontología entre otros.
21. Se continua con la prestación de los siguientes servicios:
Servicio de Urgencias, la ESE CAMU EL PRADO dispone de la dotación requerida para la prestación de este servicio ajustado a lo reglamentado en la normatividad vigente.
22. Consulta externa de medicina general, odontología, en el Camú Santa Teresa
23. Programas de Promoción de la salud y Prevención, de la enfermedad en atención a lo establecido en la R 412 de 2000, R4505 de 2012 y demás normas que la modifiquen adicionen o sustituyan.
24. Protección específica: Vacunación, Salud oral, Planificación familiar.
25. Detección temprana: Alteraciones en el desarrollo se evidencia formulario de reporte de novedades de fecha 09/02/2016, Alteraciones del embarazo, Alteraciones del adulto mayor, Cáncer de cuello uterino, Cáncer de seno, Alteraciones de la agudeza visual.
26. Atención de enfermedades de interés en salud pública: Hipertensión arterial, Control prenatal, Crecimiento y desarrollo, Diabetes juvenil y del adulto.
27. En el área de talento humano, se realiza seguimiento del Plan Anual de Capacitaciones para la ESE, teniendo en cuenta el cronograma y las capacitaciones programadas. Sus evidencias reposan en la oficina de RRHH, durante el periodo a reportar, se llevaron a cabo las siguientes acciones de capacitación.

FECHA	RESPONSABLE	TEMÁTICA
Nov 12 de 2016	Coord. PYP	Seguridad Alimentaria y Nutricional
Nov 12 de 2016	Coord. Gestión documental y archivo institucional	Desarrollo del sistema de Gestión documental
Nov 26 de 2016	Coord. PYP.	Plan de Intervenciones Colectivas
Nov 19 de 2016	Coord. PyP	Seguridad del Paciente
Nov 1 de 2016	Coord. SIAU	Socialización del Modelo de Atención de Quejas y Reclamos
Nov 9 de 2016	Coord. PGHIRS	Manejo de Situaciones Químicas
Nov 24 de 2016	Coord. SSSGT-ARL Colmena	Evacuación y Rescate
Enero 21 de 2017	Coord. PYP -PAI	Guías de atención 412, 4505.

Enero 21 de 2017	Coord. PYP-PAI	Actualización de Guías de Control Prenatal
8 de Marzo de 2017	Coord. Facturación	Actualización Resolución 3374.
15 de marzo de 2017	Coord. PGHIRS	Manejo Integral de Residuos Peligrosos
Enero y Febrero de 2017	Coord. Urgencias	Lavado de Manos
Enero y Febrero de 2017	Coord. Urgencias	Administración de Medicamentos
Enero y Febrero de 2017	Coord. Urgencias	Seguridad del Paciente: -Evento Adverso -Incidente.
Marzo 6 de 2017	Coord. Recursos Humanos	Socialización nuevos formatos de evaluación de desempeño
Marzo 6 de 2017	Coord. Recursos humanos	Acuerdo 565 de 2016
Enero 11 de 2017(upss mateo Gómez) Enero 17 de 2017 (upss Santa Teresa) Enero 18 de 2017 (upss Manguelito) Enero 21 de 2017(Upss Severa) Enero 28 de 2017(Upss Santa Teresa)	Coord. SIAU	-Derechos y deberes de los usuarios -Portafolio de servicios -Protocolo de PQRS -Buzón de sugerencias, programas de -Promoción y Prevención -Habilidades para la vida.
Febrero 4 ,9,15, 22 de 2017(Upss santa teresa) Febrero 24, 28 de 2017(upss Retiro de los Indios)	Coord. SIAU	-Derechos y deberes de los usuarios -Portafolio de servicios -Protocolo de PQRS -Buzón de sugerencias, programas de -Promoción y Prevención -Habilidades para la vida

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

Enero 18, 25 de 2017 y Febrero 2 y 9 de 2017 (4 jornadas)	Coord. Calidad	Capacitación teórica nivel de conceptos PAMEC. Área asistencial.
Enero y febrero de 2017.	Coord. Odontológica	-Resolución 412 de 2000 -Ficha de reporte de fluorosis dental -Nuevo rips PYP -Reporte de eventos adversos -Capacitación SIGE 4505
Febrero 25 de 2017	Coord. SSSGT	-Reinducción de políticas y seguridad en el trabajo - Reglamento interno y normas de bioseguridad. Área asistencial
Febrero 23 de 2017	Coord. SSSGT	Reinducción de políticas y seguridad en el trabajo - Reglamento interno y normas de bioseguridad. Personal San Pablo Apostol.
Febrero de 2017	Coord. SSSGT- ARL Colmena	Capacitación Orden y aseo. Personal de Coopast, y PGHIRS.
Marzo 24 de 2017	Coord. SSSGT- ARL Colmena	Análisis de puestos de trabajo –citología.
Marzo 23 de 2017	Coord. SSSGT- ARL Colmena	Manejo de Guardián y Corto punzantes.

Las evidencias de capacitaciones no citadas también reposan en la dependencia de talento humano de la entidad.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

DIFICULTADES

- Revisión mensual de los informes de Gestión de cada una de las diferentes dependencias y unidades funcionales de la **ESE CAMU DEL**

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

PRADO. Se Identifican los errores en algunos procesos y se toman correctivos inmediatos por parte de los responsables de los procesos sobre todo misionales, sin embargo, se requiere mayor celeridad y compromiso por parte de los responsables del reporte de la información.

- Falta de iniciativa de algunos funcionarios para realizar periódicamente autoevaluaciones a su gestión y de esta manera tomar las medidas correctivas que sean necesarias.
- Actualización permanente de nuestra página web en cuanto a gestión, capacitaciones, de cada proceso.

AVANCES

1. Se continua con Implementación y desarrollo satisfactorio del Plan Anual de Auditoría Interna 2016 y se realiza el PGAI 2017; como herramienta técnica de planeación que permite a su vez ejercer un adecuado control y seguimiento oportuno de cada una de las actividades y funciones de las dependencias que conforman la administración, lo que facilita la detección de debilidades, así como la adopción de las medidas correctivas pertinentes, para la toma de decisiones que aseguren el logro de los propósitos misionales de la ESE CAMU DEL PRADO. las auditorías realizadas reposan en la oficina de control interno con su respectivo plan de mejoramiento.
2. Evaluación de la gestión por dependencias de la vigencia 2016; y como parte del programa anual de auditoría en los procesos misionales se desarrollaron las siguientes actividades:
 - Como acción de los planes de mejoramiento se realizó actualización documental: guías, protocolos, manuales de atención.
 - Auditoria de adherencia a los programas de hipertensión arterial, crecimiento y desarrollo
 - seguimiento de Visitas por parte de las Eps para verificación a la adecuación de las condiciones o estándares de cumplimiento.
 - Actualización de actos administrativos en el área de subdirección científica, calidad, control Interno, Gestión documental y archivo institucional.
3. La Oficina de Control Interno en ejercicio de sus funciones, reportó oportunamente los informes de Ley correspondientes a:
 - Se presenta a través de la oficina de Control interno a la Contraloría Departamental, en el periodo informado; plan de mejoramiento resultados auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad regular – vigencia fiscal 2015, con fecha de radicación 18 de noviembre de 2016. Pendiente enviar evaluación a corte de mayo 18 de 2017.
 - Se presenta a través de la oficina de Control Interno a la Contraloría Departamental evaluación de la ejecución del Plan de mejoramiento

resultados auditoría integral con enfoque integral – modalidad express-Denuncia número 089 y 108 de 2015; mediante oficio recibido por esa entidad de fecha noviembre 24 de 2016. Pendiente enviar segunda evaluación a corte de mayo 24 de 2017.

- Se realizó Comité Extraordinario de Control Interno de fecha 20 de Diciembre de 2016 para rendir Informe Interno de Gestión de la ESE durante la vigencia 2016. Esta actividad se encuentra publicada en la página web de la entidad.
- Se hizo entrega a la Gerencia Informe Pormenorizado de Control Interno cuatrimestre JULIO-OCTUBRE de 2016 mediante comunicación interna N°424 de fecha 29 de Noviembre de 2016, posteriormente es entregado a la dependencia de Sistemas de Información mediante comunicación interna N° 425 de fecha 1 de Diciembre de 2016 para su respectiva publicación en la página web de la entidad; dando cumplimiento a ley 1474 de 2011.
- Se envía mediante correo institucional de fecha 7 de octubre de 2016 de control interno a todos los jefes de áreas notificación de la plataforma estratégica y códigos de dependencias vigentes de la ESE CAMU DEL PRADO.
- Se envía comunicación interna N° 430 de fecha 7 de diciembre de 2016, para la Gerencia y todos los jefes de procesos, con asunto: Cumplimiento de Informes de Gestión Mensualizados, Seguimientos de Comités Institucionales, **Diligenciamiento de Indicadores de Gestión 2016** y Reportes de Informes de Ley cumplimiento indicador N° 11 de la resolución 743 de 2011del MPS. Se envía mediante correo electrónico institucional de control interno
- Se envía Comunicación Interna N° 006 de fecha 3 de enero de 2016 a la Gerencia y procesos responsables para actualización y publicación del plan anual de adquisiciones – Clasificador de bienes y servicios de la ESE CAMU DEL PRADO.
- Se envía comunicación interna N° 007 de fecha 6 de enero de 2017 a la Gerencia para hacer entrega del seguimiento cuarto trimestre Octubre a Diciembre del plan de acción 2016 y % de cumplimiento de gestión 2016.
- Se solicita mediante correo electrónico Institucional de fecha 20 de enero de 2017 y Circular interna N° 003 de fecha enero 18 de 2017 PLANES OPERATIVOS ANUALES (POAS) a todas las dependencias o áreas funcionales de la entidad, se envía matriz para su diligenciamiento respectivo.
- Se realiza divulgación y socialización del plan anticorrupción y atención al

ciudadano de la vigencia 2017 y resolución de adopción 2017 a todos los jefes de procesos mediante correo electrónico de control interno de 3 de febrero de 2017. Se encuentra publicado en la agina web de la entidad.

- Se solicita mediante comunicación interna N° 027 de febrero 15 de 2017 información requerida para la rendición de cuentas a la CGDC de la vigencia 2016 dando cumplimiento a la circular N° 001 de 2017 emanada de esta entidad. La oficina de Control Interno lidera este proceso de responsabilidad de la Gerente de la entidad para el envío del informe de RENDICION DE CUENTAS A LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL de la vigencia fiscal 2016, programada su entrega para la fecha de 2 de marzo de 2017, según la circular en mención.
- Se hace seguimiento a la entrega de informes mensuales de gestión por parte de esta oficina a cada dependencia o unidad funcional de la ESE respecto de las actividades y responsabilidades propias del proceso de su competencia, 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 constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la alta dirección de la ESE CAMU DEL PRADO y en atención a las metas u objetivos previstos.
- Seguimiento a la presentación de informes de Ley a los que está obligado la entidad, tales como: Circular Única, Informe Contables a la Contaduría General de la Nación, Contratación Visible, Informes Presupuestales, información Decreto 2193 de 2003, actualización applicativa Sia observa y Secoop, Informe de Costos y personal y los informes asistenciales. Las evidencias reposan en cada unidad responsable.
- Se rindió Informe Ejecutivo de Control Interno atraves del aplicativo MECI-FURAG, se realizó encuesta MECI de la vigencia 2016; en el mes de febrero de 2017, CON UN INDICADOR DE MADUREZ MECI SATISFACTORIO DE UN 65.94% con certificación de recepción de la información del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.
- Se rindió Informe de Control Interno Contable vigencia 2016 el día 14 de febrero de 2017, mediante sistema de chip contable a la Contaduría General de la Nación.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Con base en la información aportada por las diferentes dependencias de la entidad y según requisitos del Modelo estándar de Control Interno, se observa una entidad pública con un nivel de desarrollo en su sistema de control Interno satisfactorio, en cuanto al estado del sistema, presentando oportunidades de mejora asociadas a diversos elementos de control, las cuales deben ser subsanadas para lograr resultados a un nivel más adecuado, que contribuyan con mayor eficacia al logro total de los objetivos institucionales.

Los logros obtenidos en el sistema de control interno se han fortalecido mediante diferentes instrumentos metodológicos y asesoría permanentes por parte de la Oficina Control Interno con todos los jefes de procesos de la entidad, facilitando así el autocontrol, la autogestión y la autorregulación como mecanismos de empoderamiento institucional.

A pesar de los frecuentes cambios de personal contratado en algunos procesos que revisten gran importancia en la entidad, Esta oficina ha venido adelantando labores de concientización y sensibilización con todos y cada uno de ellos y demás funcionarios que componen la administración de la entidad, a fin de que conozcan los roles y responsabilidades que tienen frente al sistema, de igual forma se encuentra en proceso de organización de los grupos de trabajo por dependencias, para desarrollar y actualizar los componentes del Sistema de Control Interno. De esta forma se han logrado avances importantes con relación a los compromisos de los funcionarios frente al mejoramiento de los procesos de calidad que efectúa la administración de la ESE.

A nivel general el Estado del Sistema de Control Interno de la ESE CAMU EI PRADO de la ciudad de Cereté, se encuentra en etapa de implementación, seguimiento y actualización constante, con el objetivo de conseguir mejoras en cuanto a la dinámica de sus procesos, por lo cual la entidad responde de manera óptima a este dinamismo.

Es necesario concientizar a los líderes de los procesos respecto de la importancia de medir y evaluar todas las actividades y responsabilidades contenidas en la plataforma estratégica de la entidad.

Actualmente se está trabajando en la cultura de aplicación de indicadores y la evaluación con periodo mensual para determinar el verdadero avance de las actividades y acciones que están en mejoramiento o las se requiere reforzar o controlar el comportamiento crítico en la ejecución de los planes programas, proyectos y procesos.

RECOMENDACIONES

Mayor compromiso Fortalecimiento y mayor énfasis en la cultura de autocontrol y autoevaluación como principio fundamental del Modelo Estándar de Control Interno-

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

MECI, en su módulo de evaluación y seguimiento. Como lo establece el Manual Técnico MECI-2014.

Implementar los mecanismos de socialización de normas y políticas internas y tomar las acciones administrativas y gerenciales necesarias que permitan realizar el ejercicio de Auto-control con el fin de cumplir con el desarrollo eficiente del Sistema de Control Interno.

Se requiere Un alto grado de compromiso por parte de los responsables de los procesos para el fortalecimiento del Modelo Estándar de Control Interno aplicado en la entidad. Concientizar que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno no solo es responsabilidad del Gerente de la entidad sino de todos y cada uno de los jefes de las distintas dependencias de la entidad y demás personal de la institución.

Reactivar el equipo de trabajo MECI, para lograr avances más contundentes y el mejoramiento del Sistema de Control Interno, de conformidad a lo establecido en el Decreto 943 de 21 de mayo de 2014, mediante el cual se ACTUALIZA el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Aplicar la formalización de las reuniones de los Comités Institucionales, según norma interna de creación y reglamentación de cada uno de ellos; mayor compromiso por parte de la administración de la entidad y los jefes de procesos en el cumplimiento del cronograma de reuniones de comités institucionales de la entidad.

Actualizar permanentemente la página web de acuerdo a los parámetros establecidos en la ley de transparencia y de acceso a la información pública ley 1712 de 2014. Revisión de cumplimiento parámetros de publicaciones en la página WEB, respecto a la mencionada norma.

Continuar Con el proceso de implementación y documentación de las políticas contables de la entidad dando cumplimiento al marco del proceso de convergencia hacia las normas internacionales de información financiera NIFF para esta vigencia 2017.

Actualización permanente por parte de los funcionarios en todos los cambios normativos aplicables a la entidad.

Es importante que los procesos y procedimientos sean revisados periódicamente por parte de sus responsables, y que los ajustes que se realicen sean dados a conocer de manera oportuna a los servidores públicos.

Implementar y reactivar de manera urgente en la ESE el Sistema de Administración de Riesgos, realizando una autoevaluación de los riesgos más frecuentes que se presentan en los procesos debido al cambio de sede y así identificarlos por cada jefe de proceso. Generar estrategias de tipo gerencial que permitan la implementación, capacitación en sistema de Administración de Riesgos en la entidad. Se recuerda que la implementación y ajuste del sistema de administración de riesgos de la entidad es responsabilidad primeramente del representante de la entidad, y de cada uno de los jefes de procesos de área. El monitoreo debe estar a cargo de: Los responsables de los

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

procesos y La Oficina de Control Interno; su finalidad principal será la de aplicar y sugerir los correctivos y ajustes necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo. La Oficina de Control Interno dentro de su función asesora comunicará y presentará luego del seguimiento y evaluación sus resultados y propuestas de mejoramiento y tratamiento a las situaciones detectadas.

Reactivación de las alianzas de usuarios para la vigencia 2017

Aumentar la Implementación de folletos o boletines que permitan la divulgación al usuario sobre diferentes procesos de SIAU.

Fortalecer la línea de atención al usuario.

Continuar con la implementación del sistema de gestión documental y archivo institucional, aplicando las normas de la Ley 594/2000, en cuanto a sistematización del proceso, actualización de las Tablas de Retención Documental, de acuerdo a las nuevos Acuerdos expedidos por el Archivo General de la Nación (Acuerdos 004 y 005). Desarrollar y ejecutar un plan de acción para la elaboración de las tablas de retención documental de los procesos de la Institución, responsabilidad de la gerencia de la entidad y coordinación de archivo.

Con relación al proceso contable, es necesario continuar con la Actualización de procesos de depuración contable - actualización en los inventarios de bienes muebles e inmuebles. Sistematización de este proceso Software Genoma y continuar con la etapa de implementación, capacitación del personal en las upss faltantes.

Es necesario inculcar en cada uno de los procesos la cultura del control, autocontrol y evaluaciones permanentes. Se recomienda el diligenciamiento de indicadores de gestión por cada uno de los jefes de procesos de la entidad, De conformidad a la normatividad vigente, es necesario actualizar y revisar los indicadores de gestión DE LA VBIGENCIA 2016 para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, responsables la oficina de Calidad, y cada jefe de proceso respectivo.

Continuar con la implementación de las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de planta de la ESE.

Aplicar el instrumento de medición del clima laboral en cumplimiento de los Decretos 1567 de 1998 y 1227 de 2005; con el fin de identificar niveles de insatisfacción del cliente interno e implementar correctivos.

Fortalecer los canales de comunicación, para facilitar la información organizacional entre los diferentes procesos de la ESE, así como los entes de control y vigilancia y la comunidad en general, de conformidad a lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información y procurar la debida observancia de la normatividad regulatoria del derecho de petición, contenida en la ley 1755 de 2015.

AIDA LUZ LOZANO FARINO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO



Evaluar mediante seguimiento los procesos Judiciales que afectan la situación financiera de la ESE, es necesario continuar con el reporte continuo de las actividades efectuadas por el Comité de Conciliación Judicial de la ESE CAMU DEL PRADO.

Promover la revisión de la aplicabilidad de los procesos, procedimientos y manuales documentados; Unificación y acceso a los documentos relacionados con el sistema de calidad; Documentar acciones de mejora en todas las instancias, dar respuesta veraz y oportuna a los planes de mejoramiento, evidenciando y permitiendo la trazabilidad de la información; Fortalecer y dar continuidad a los procesos de inducción y re inducción a los servidores públicos en general, Fortalecer los procesos de revisión por la dirección.

Se recuerda la obligatoria observancia de la normatividad establecida en las leyes 80 DE 1993, 1150 DE 2007 Y LEY 1474 DE 2011 “Estatuto Anticorrupción”, en materia del ejercicio de la Contratación estatal, especialmente, en búsqueda del cumplimiento de los cometidos estatales, artículo 3° de la Ley 80 de 1993.

Se recuerda que la Responsabilidad de un adecuado Sistema de Control Interno es del Representante legal de la ESE y de todo el personal de la entidad; La oficina de Control Interno es solo evaluador y asesor del sistema integral de Control Interno; según lo establecido en la ley 1474 de 2014, lineamientos del Departamento Administrativo de la función pública DAFP y demás normas concordantes.

En este orden de ideas, se presenta **informe pormenorizado de control interno**, agradezco de la alta dirección, atender las medidas correctivas a fin de mejorar el ejercicio del control interno en la ESE CAMU EL PRADO y propender por el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad.

Se remite a la alta gerencia, a los Veinticuatro (24) días del mes Marzo de 2017.

**ORIGINAL FIRMADO POR
AIDA LUZ LOZANO FARIÑO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

 Se envía a la gerencia por correo electrónico controlinterno@esecamuprado.gov.co

 de conformidad a lo establecido en el artículo 9 de la ley 1474 de 2011, se publica el presente informe en la página Web Institucional <http://www.esecamuprado.gov.co>

AIDA LUZ LOZANO FARIÑO

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO